

Manajemen Risiko Dalam Proses Pengajuan Klaim BPJS: Studi Tentang Pending Berkas di Rumah Sakit Rizani Paiton

Qurrotul Aini ^{1*}, Sutisna ²

¹Program Studi Manajemen, Universitas Terbuka, Indonesia

²Tutor Program Studi Manajemen, Universitas Terbuka, Indonesia

* Corresponding Author. E-mail: qurrotul.aini5301@gmail.com

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor penyebab klaim pending BPJS di Rumah Sakit Rizani, mengkaji implementasi manajemen risiko, serta mencari solusi untuk mencegah terjadinya klaim pending. Metode yang digunakan adalah penelitian kuantitatif deskriptif dengan observasi, wawancara, dan analisis dokumen klaim BPJS yang belum terbayar selama periode Januari-Juni 2024. Hasil penelitian menunjukkan bahwa penyebab utama klaim tertunda adalah ketidaklengkapan dokumen (10%), ketidaktepatan kode diagnosis dan tindakan (45%), ketidaksesuaian berita acara (40%), dan potensi readmisi yang sangat kecil (0,0036%). Berdasarkan temuan tersebut, rumah sakit perlu meningkatkan pelatihan staf untuk memastikan pengisian dokumen dan kode diagnosis yang akurat, memperkuat sistem verifikasi internal untuk meminimalkan kesalahan, serta memperbaiki prosedur penyusunan berita acara untuk mematuhi persyaratan BPJS. Implementasi manajemen risiko yang efektif diharapkan dapat mempercepat proses klaim, mengurangi klaim pending, dan mencegah gangguan pada arus kas rumah sakit. Penelitian ini memberikan rekomendasi untuk memperbaiki efisiensi administrasi dan operasional rumah sakit dalam mengelola klaim BPJS, yang pada akhirnya akan meningkatkan pelayanan kepada pasien dan kinerja keuangan rumah sakit

Abstract

This study aims to analyze the factors causing pending BPJS claims at Rizani Hospital, examine the implementation of risk management, and find solutions to prevent pending claims. The method used is descriptive quantitative research with observation, interviews, and document analysis of unpaid BPJS claims during the period January-June 2024. The results showed that the main causes of pending claims were incomplete documents (10%), inaccurate diagnosis and action codes (45%), inconsistent minutes (40%), and a very small potential for readmissions (0.0036%). Based on these findings, the hospital needs to improve staff training to ensure accurate document filling and diagnosis coding, strengthen the internal verification system to minimize errors, and improve the minutes preparation procedure to comply with BPJS requirements. Effective risk management implementation is expected to speed up the claims process, reduce pending claims, and prevent disruptions to hospital cash flow. This study provides recommendations to improve the hospital's administrative and operational efficiency in managing BPJS claims, which will ultimately improve patient care and hospital financial performance.

INFO ARTIKEL

Riwayat Artikel

Diterima : 24-12-2024

Direvisi : 05-03-2025

Dipublish : 29-04-2025

Kata Kunci:

BPJS, Klaim Pending, Manajemen Risiko

Keywords:

BPJS, Pending Claims, Risk Management

PENDAHULUAN

Berdasarkan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, disebutkan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber

daya dibidang kesehatan. Setiap individu berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatan dan pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan lingkungan, tatanan, fasilitas kesehatan baik fisik maupun sosial bagi masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Oleh sebab itu pemerintah perlu melakukan upaya-upaya untuk menjamin akses yang merata bagi semua penduduk dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Upaya yang dilakukan untuk mewujudkan hak tersebut adalah pemerintah harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang merata dan adil bagi seluruh masyarakat (Santiasih & Satria, 2020).

Salah satu bentuk upaya pemerintah dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat adalah dengan menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Program JKN dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) yang pembentukannya diatur dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, dengan tujuan utama memberikan akses pelayanan kesehatan yang adil dan merata. BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) Kesehatan merupakan badan hukum publik yang didirikan oleh pemerintah Indonesia untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan nasional bagi seluruh rakyat Indonesia. BPJS Kesehatan memastikan bahwa setiap warga negara, baik yang bekerja dalam sektor formal maupun informal, serta anggota keluarganya, mendapatkan perlindungan kesehatan melalui sistem asuransi sosial (Fathia, 2024). Dalam kerangka Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), BPJS Kesehatan berkontribusi dalam upaya mewujudkan jaminan sosial nasional dengan menyediakan layanan kesehatan dasar hingga lanjutan, termasuk rawat jalan, rawat inap, tindakan medis, dan pengadaan obat-obatan melalui fasilitas kesehatan primer dan fasilitas kesehatan tingkat lanjut.

Menurut Permenkes No 3 Tahun 2020, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Rumah sakit memiliki empat tipe yang dapat menunjang pelayanan kesehatan pasien seperti rumah sakit tipe A, rumah sakit tipe B, rumah sakit tipe C dan rumah sakit tipe D. Untuk meningkatkan mutu layanan, rumah sakit bekerja sama dengan BPJS Kesehatan (Nursholihah, 2023). Rumah sakit yang telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dapat melakukan pengajuan klaim dan untuk selanjutnya dibayarkan oleh BPJS Kesehatan apabila telah dinyatakan layak klaim (Kusumawati & Pujiyanto, 2020). Rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL) tentunya harus memiliki pelayanan yang lebih baik. Sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan, rumah sakit perlu mempunyai pelayanan rekam medis yang baik sebagai upaya untuk meningkatkan pelayanan rumah sakit (Listiyono, R.A. 2015).

Berdasarkan Permenkes No. 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis adalah berkas yang berisikan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien. Peran dan fungsi rekam medis sangat

penting yaitu sebagai dasar pelayanan kesehatan dan pengobatan pasien, alat bukti dalam perkara hukum bahkan untuk kepentingan penelitian dan pendidikan, bahan pembuatan statistik kesehatan serta sebagai dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan (Pratama & Adi, 2023).

Proses klaim BPJS melibatkan serangkaian tahapan yang sistematis untuk memastikan kelancaran pengajuan klaim serta pemenuhan hak peserta. Proses klaim pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS yang dilakukan oleh rumah sakit kepada BPJS Kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan setiap bulan. Untuk mendapatkan biaya ini, rumah sakit perlu menyerahkan dokumen bukti sebagai syarat pengajuan klaim. Kelengkapan dokumen klaim sangat penting untuk memastikan kelancaran proses penggantian biaya (Errisya, 2024). Tahapan dimulai dengan registrasi dan verifikasi data kepesertaan pasien di bagian pendaftaran rumah sakit. Setelah terverifikasi, pasien mendapatkan layanan medis sesuai rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat pertama. Selama perawatan, data medis pasien dicatat untuk menyusun berkas klaim. Berkas klaim kemudian diajukan secara elektronik melalui sistem BPJS Kesehatan. Klaim akan diverifikasi, dan jika dokumen lengkap, pembayaran akan diproses, jika ada kekurangan, klaim akan tertunda dan perlu diajukan ulang. Tertundanya klaim BPJS Kesehatan berdampak pada penurunan pembayaran klaim, yang mengakibatkan terganggunya arus kas rumah sakit, karena hampir 90% pasien rumah sakit adalah peserta BPJS Kesehatan (Artanto, 2018). Jika keterlambatan klaim terus dibiarkan, hal ini dapat menyebabkan kerugian dalam pembayaran jasa medis, yang pada akhirnya berdampak pada kinerja karyawan dan menurunkan kualitas pelayanan rumah sakit. Dampaknya, pasien tidak akan menerima pelayanan yang optimal (Salima & Zein, 2023).

Rumah Sakit Rizani Paiton merupakan salah satu rumah sakit swasta yang menyediakan pelayanan BPJS bagi pasien rawat jalan maupun pasien rawat inap. Pengguna layanan BPJS pasien rawat jalan dan rawat inap di Rumah Sakit Rizani terhitung dalam enam bulan terakhir dari Januari-Juni 2024 sebanyak 25.079 pasien. Jumlah pasien yang tinggi ini menimbulkan tantangan dalam pengajuan klaim, dari jumlah tersebut, sebanyak 701 klaim yang diajukan dikembalikan oleh BPJS untuk dikonfirmasi ulang. Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan terhadap petugas Kepala Sub Bagian Penjaminan, pengembalian ini disebabkan oleh ketidaklengkapan dokumen, ketidaktepatan kode diagnosis atau tindakan, ketidaksesuaian terhadap berita acara kesepakatan coding serta potensi readmisi. Hal ini mengakibatkan pelayanan kesehatan yang diberikan tidak terbayar oleh BPJS, sehingga pemasukan rumah sakit berkurang dan berdampak pada kelancaran operasional Rumah Sakit Rizani. Oleh karena itu, diperlukan tindakan manajemen risiko yang tepat untuk mengatasi permasalahan klaim ini. Dalam hal ini, Peneliti tertarik untuk mengulas apa faktor penyebab pending klaim BPJS di Rumah Sakit Rizani? bagaimana implementasi manajemen risiko pending klaim BPJS di Rumah Sakit Rizani? apa solusi untuk mencegah pending klaim BPJS di Rumah Sakit Rizani?

Manajemen risiko dalam proses pengajuan klaim di Rumah Sakit Rizani memiliki peran yang krusial untuk memastikan bahwa klaim BPJS dapat diproses dengan lancar dan tanpa kendala. Manajemen risiko dalam hal ini dilakukan dengan mengidentifikasi risiko yang dihadapi, mengukur besarnya risiko tersebut, dan kemudian menentukan solusi untuk menangani atau menghadapinya (Darmawi H, 2022). Konsep manajemen risiko dalam konteks pengajuan klaim melibatkan identifikasi, pengukuran, dan pengelolaan potensi risiko yang dapat menyebabkan terjadinya pending berkas klaim, seperti ketidaklengkapan dokumen, kesalahan pengisian data, dan ketidaksesuaian antara tindakan medis dan diagnosis yang tercatat. Pengendalian risiko merupakan langkah penting yang dapat menentukan keseluruhan manajemen risiko. Risiko yang telah diketahui besar dan potensi akibatnya harus dikelola dengan tepat, efektif dan sesuai dengan kemampuan perusahaan (Arifudin, 2020). Dengan melakukan identifikasi risiko secara dini, Rumah Sakit dapat mengambil langkah- langkah preventif, seperti melaksanakan monitoring dan evaluasi terhadap dokumen klaim sebelum melakukan pengajuan ke BPJS. Manajemen risiko yang efektif sangat penting untuk mengurangi jumlah berkas yang mengalami status pending, sehingga hal ini dapat mempercepat proses pembayaran klaim dan meningkatkan stabilitas keuangan rumah sakit.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor penyebab pending klaim BPJS di Rumah Sakit Rizani, mengkaji implementasi manajemen risiko terkait pending klaim, serta mencari solusi untuk mencegah terjadinya pending klaim di masa depan. Penelitian ini juga bermanfaat untuk memberikan wawasan dan rekomendasi yang dapat membantu rumah sakit dalam mengoptimalkan manajemen risiko dan memperlancar proses klaim BPJS.

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan pendekatan deskriptif yang digunakan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan pending klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit yang sudah diajukan sebelumnya. Data penelitian kuantitatif merujuk pada informasi yang disajikan dalam bentuk angka, yang diperoleh langsung dari lapangan. Data ini juga dapat dianggap sebagai data kualitatif yang telah diubah menjadi format kuantitatif melalui pengukuran atau penilaian numerik (Ramdhan M, 2021).

Penelitian ini dilaksanakan dari Oktober sampai November 2024 di Rumah Sakit Rizani. Data primer penelitian ini diperoleh melalui observasi, wawancara dengan tim casemix, dan analisis dokumen yang berkaitan dengan proses pengajuan klaim. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini mencakup lembar observasi, analisis dokumen, pedoman wawancara yang telah disusun untuk memastikan kualitas data yang akurat. Data sekunder diperoleh dari data klaim pending bulan Januari-Juni 2024 di Rumah Sakit Rizani. Penelitian ini menggunakan populasi berkas klaim pending di

Rumah Sakit Rizani yang berjumlah 701 berkas dan sampel sebanyak 255 berkas dengan menggunakan perhitungan rumus slovin sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N \cdot e^2}$$

Keterangan:

n = Ukuran Sampel

N = Ukuran populasi (701 berkas)

e = margin of error (misal 0,05 untuk 5%)

Perhitungan :

$$n = \frac{701}{1 + 701 \cdot (0,05)^2} = \frac{701}{1 + 701 \cdot 0,0025} = \frac{701}{2,7525} = 255$$

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa Klaim Pending BPJS Pasien rawat inap dan rawat jalan di Rumah Sakit Rizani Paiton berdasarkan ketidaklengkapan dokumen penagihan sebanyak 25 berkas (10%) yang dikategorikan tidak lengkap dan 230 berkas (90%) dikategorikan lengkap.

Tabel 1 Data ketidaklengkapan Dokumen Penagihan Januari-Juni 2024

No	Kelengkapan Dokumen	Jumlah Berkas	Persentase
1	Lengkap	230	90%
2	Tidak Lengkap	25	10%
Total		255	100%

Sumber: Data Sekunder Casemix Rizani (Januari-Juni 2024)

Data klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Rizani Paiton menunjukkan bahwa kelengkapan dokumen penagihan merupakan aspek penting dalam menentukan kelancaran proses klaim, baik untuk pasien rawat inap maupun rawat jalan. Dari total 255 berkas klaim yang diajukan, sebanyak 230 berkas (90%) dinyatakan lengkap dan memenuhi syarat yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Tingginya persentase berkas lengkap ini menunjukkan adanya kepatuhan yang baik dari rumah sakit terhadap standar dokumentasi yang diperlukan. Hal ini mengindikasikan bahwa sebagian besar klaim dapat diproses tanpa masalah, sehingga mempercepat alur pencairan klaim serta mendukung kelancaran administrasi rumah sakit.

Namun, meskipun mayoritas berkas klaim sudah lengkap, masih terdapat 25 berkas (10%) yang tidak lengkap, yang menjadi salah satu faktor utama penyebab tertundanya proses pencairan klaim BPJS. Berkas klaim yang tidak lengkap ini sering kali disebabkan oleh kurangnya dokumen penagihan seperti hasil penunjang. Kelengkapan persyaratan berkas klaim juga menjadi salah satu syarat penerimaan pengajuan klaim (Herman, 2020). Tanpa kelengkapan dokumen yang memadai, klaim tidak dapat divalidasi dengan tepat oleh BPJS, yang akhirnya menghambat proses verifikasi dan pencairan dana klaim tersebut. Akibatnya, keterlambatan dalam

pencairan klaim ini dapat mempengaruhi kelancaran arus kas rumah sakit, yang pada gilirannya dapat mengganggu keberlanjutan operasional rumah sakit.

Oleh karena itu, sangat penting bagi rumah sakit untuk memastikan bahwa setiap klaim yang diajukan sudah dilengkapi dengan semua dokumen yang diperlukan. Dengan kelengkapan dokumen, proses klaim dapat berjalan dengan lancar dan tepat waktu. Proses klaim yang cepat dan efisien akan mengurangi potensi gangguan pada arus kas yang vital bagi kelangsungan pelayanan kesehatan rumah sakit. Jika klaim dapat diproses dengan tepat waktu, maka rumah sakit dapat lebih fokus pada pelayanan pasien tanpa harus terhambat oleh masalah administrasi klaim.

Untuk mengatasi masalah terkait ketidaklengkapan dokumen klaim ini, rumah sakit dapat menerapkan beberapa langkah perbaikan. Pertama, penting untuk meningkatkan pelatihan bagi staf administrasi mengenai prosedur penyusunan dokumen klaim yang sesuai dengan standar BPJS. Pelatihan merupakan suatu proses pembelajaran yang fokus pada peningkatan keterampilan, sikap, serta pengetahuan (Iswanto, 2022). Pelatihan ini akan membantu staf lebih memahami dokumen apa saja yang diperlukan dan memastikan semua berkas terpenuhi sebelum pengajuan. Dengan pelatihan yang rutin dan terstruktur, staf administrasi dapat meningkatkan akurasi dalam menyusun dan memverifikasi dokumen klaim.

Kedua, rumah sakit dapat membuat daftar periksa dokumen klaim untuk memastikan tidak ada yang terlewat. Daftar periksa ini akan berfungsi sebagai panduan bagi staf dalam menyusun klaim yang lengkap. Terakhir, rumah sakit perlu memperkuat proses verifikasi internal sebelum berkas dikirim ke BPJS. Hal ini dapat membantu mengidentifikasi dan memperbaiki kesalahan sejak dini, sehingga risiko klaim pending dapat diminimalkan. Suryanto (2022) menyatakan bahwa risiko dapat dikendalikan melalui proses identifikasi, evaluasi, dan mitigasi. Dengan penerapan langkah-langkah ini, diharapkan jumlah klaim yang tertunda akibat ketidaklengkapan dokumen penagihan dapat dikurangi secara signifikan, sehingga mempercepat proses pencairan dan meningkatkan efisiensi administrasi rumah sakit.

Berdasarkan tabel 2 terdapat 255 total berkas yang telah dikoding, sebanyak 140 berkas (55%) menunjukkan hasil yang tepat. Ini berarti mayoritas berkas memiliki ketepatan dalam proses pengkodean. Sementara itu, terdapat 115 berkas (45%) yang tidak tepat.

Tabel 2 Data Ketidaktepatan Kode Diagnosa dan Kode Tindakan Januari-Juni 2024

No	Ketepatan Koding	Jumlah Berkas	Persentase
1	Tepat	140	55%
2	Tidak Tepat	115	45%
Total		255	100%

Sumber: Data Sekunder Casemix Rizani (Januari-Juni 2024)

Permasalahan terkait ketidaktepatan kode diagnosis dan tindakan pada klaim BPJS di Rumah Sakit Rizani Paiton masih menjadi isu yang signifikan, meskipun ada

kemajuan dalam pengkodean klaim. Dari total 255 berkas klaim yang diajukan, sebanyak 140 berkas atau 55% di antaranya telah sesuai dengan ketentuan kode diagnosis dan tindakan yang ditetapkan oleh standar BPJS Kesehatan. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar klaim sudah dikodekan dengan benar dan sesuai prosedur, sehingga dapat diproses lebih lanjut tanpa hambatan. Namun, terdapat 115 berkas atau 45% yang mengalami ketidaktepatan pengkodean, yang berpotensi menyebabkan keterlambatan dalam proses verifikasi klaim dan pencairan dana dari BPJS. Ketidaktepatan pengkodean ini, jika tidak segera diatasi, dapat mengganggu kelancaran aliran dana yang sangat dibutuhkan rumah sakit untuk keberlanjutan operasionalnya.

Temuan ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraen, yang menunjukkan bahwa 26 berkas atau sekitar 43% dari berkas rawat inap yang diajukan tidak lengkap karena ketidaktepatan kode diagnosis dan tindakan (Salima & Zein, 2023). Penelitian tersebut mengungkapkan bahwa ketidaktepatan pengkodean sering kali disebabkan oleh ketidakcocokan antara kode diagnosis dan tindakan yang tercatat di rumah sakit dengan kode yang diverifikasi oleh pihak BPJS Kesehatan. Ketidaktepatan hasil koding dan tindakan disebabkan petugas koding tidak pernah mengikuti pelatihan (Windari & Kristijono, 2016).

Ketidaktepatan kode diagnosis dan tindakan pada klaim BPJS menekankan pentingnya upaya peningkatan kualitas pengkodean di rumah sakit. Salah satu langkah yang diambil adalah dengan memberikan pelatihan bagi staf koding untuk memperbarui pengetahuan tentang standar pengkodean yang ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Berdasarkan wawancara dengan Kepala Sub Bagian Penjaminan diketahui bahwa petugas koding di tim penjaminan telah mengikuti pelatihan koding. Mandey & Sahanggamu (2014) menyatakan bahwa semakin banyak pelatihan diberikan, semakin tinggi peningkatan kinerja.

Selain pelatihan, rumah sakit juga perlu memperketat prosedur verifikasi terhadap berkas klaim sebelum diajukan ke pihak BPJS. Proses verifikasi yang lebih ketat akan memastikan bahwa setiap klaim yang diajukan sudah memenuhi ketentuan yang ditetapkan, sehingga kesalahan pengkodean dapat terdeteksi lebih dini dan diperbaiki sebelum klaim diajukan. Langkah ini akan mengurangi potensi kesalahan yang dapat menyebabkan klaim ditunda atau ditolak oleh BPJS.

Dengan penerapan langkah-langkah ini, rumah sakit dapat meminimalkan kesalahan dalam pengkodean dan memastikan bahwa klaim dapat diproses dengan cepat dan tepat. Hal ini akan mengurangi risiko tertundanya pembayaran klaim dan memberikan dampak positif pada keberlanjutan operasional rumah sakit. Akhirnya, dengan pengelolaan klaim yang lebih efisien, kualitas layanan kepada pasien dapat lebih terjaga, dan rumah sakit akan semakin mampu memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik dan lebih tepat waktu.

Berdasarkan tabel 3 dari total 255 berkas klaim, sebanyak 153 berkas (60%) dinyatakan sesuai dengan berita acara, sementara 102 berkas (40%) tidak sesuai. Ketidaksesuaian

ini dapat menjadi faktor penyebab tertundanya proses pencairan klaim, karena berkas yang tidak sesuai perlu diperbaiki terlebih dahulu sebelum dapat diproses lebih lanjut oleh pihak BPJS.

Tabel 3 Data Berita Acara Kesepakatan Januari-Juni 2024

No	Kesesuaian Berita Acara	Jumlah Berkas	Persentase
1	Sesuai	153	60%
2	Tidak Sesuai	102	40%
Total		255	100%

Sumber: Data Sekunder Casemix Rizani (Januari-Juni 2024)

Dari data klaim BPJS yang diajukan oleh Rumah Sakit Rizani Paiton, sebanyak 153 berkas (60%) sesuai dengan berita acara, sementara 102 berkas (40%) tidak sesuai. Persentase klaim yang tidak sesuai ini menunjukkan adanya masalah dalam proses administrasi dan verifikasi berita acara. Ketidaksesuaian ini berpotensi menyebabkan keterlambatan dalam verifikasi dan pencairan klaim oleh BPJS, yang pada gilirannya akan mengganggu arus kas rumah sakit dan memengaruhi kualitas pelayanan kepada pasien. Oleh karena itu, penting untuk segera memperbaiki proses administrasi dan verifikasi klaim agar klaim dapat diproses tepat waktu.

Salah satu penyebab ketidaksesuaian berita acara klaim BPJS adalah kesalahan dalam pemahaman prosedur yang harus dipenuhi oleh rumah sakit. Hal ini sering kali terkait dengan kurangnya pelatihan atau pengawasan terhadap petugas yang terlibat dalam penyusunan berita acara klaim. Tanpa pemahaman yang memadai tentang regulasi dan standar yang ditetapkan oleh BPJS, dapat terjadi ketidakcocokan antara data dalam berita acara dan dokumen medis atau tindakan yang telah dilakukan. Ketidakcocokan ini tidak hanya menambah beban administratif, tetapi juga memperlambat proses verifikasi klaim dan berpotensi menyebabkan klaim tertunda atau terpending.

Untuk memperbaiki masalah ketidaksesuaian berita acara, rumah sakit perlu melakukan beberapa langkah strategis. Pertama, rumah sakit perlu memperkuat pemahaman staf mengenai prosedur yang benar dalam penyusunan berita acara klaim. Hal ini penting agar setiap klaim yang diajukan dapat disesuaikan dengan standar yang ditetapkan BPJS. Dengan pemahaman yang lebih baik, petugas administrasi dapat mengurangi kemungkinan kesalahan yang terjadi dalam penyusunan berita acara.

Kedua, rumah sakit dapat memperkenalkan mekanisme dalam pemahaman bersama terkait berita acara untuk memastikan bahwa berita acara sudah sesuai dengan data medis dan tindakan yang tercatat sebelum diajukan ke BPJS. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan di RSUD Dr. Soedirman Kebumen yang melakukan pembentukan tim guna memahami surat berita acara kesepakatan (Pratama, dkk, 2023). Pembentukan tim ini memungkinkan setiap pihak yang terlibat untuk lebih memahami prosedur dengan lebih baik dan mengurangi kesalahan dalam proses administrasi.

Dengan langkah-langkah ini, rumah sakit dapat mengurangi kesalahan dalam penyusunan berita acara, mempercepat proses verifikasi klaim, dan mengurangi risiko klaim tertunda. Peningkatan kualitas dokumen klaim dan penguatan sistem verifikasi internal akan memastikan klaim memenuhi persyaratan BPJS, mempercepat pembayaran, dan mencegah kesalahan pengkodean. Proses klaim yang efisien akan memperlancar aliran dana rumah sakit, mendukung keberlanjutan operasional. Manajemen risiko yang baik membantu rumah sakit mengelola keuangan, memastikan pelayanan berkualitas, dan meningkatkan efisiensi operasional.

Berdasarkan tabel 4 dari total 255 berkas klaim BPJS yang diajukan hanya 3 berkas (0,0036%) yang menunjukkan potensi readmisi, sementara 252 berkas (99,99%) tidak terindikasi mengalami readmisi. Angka ini menunjukkan bahwa sebagian besar pasien yang dirawat di Rumah Sakit Rizani tidak memerlukan perawatan ulang setelah perawatan awal.

Tabel 4 Tabel 4 Data Potensi Readmisi

No	Potensi Readmisi	Jumlah Berkas	Persentase
1	Readmisi	3	0,0036%
2	Tidak Readmisi	252	99,99%
Total		255	100%

Sumber: Data Sekunder Casemix Rizani (Januari-Juni 2024)

Dari total 255 berkas klaim BPJS yang diajukan di Rumah Sakit Rizani Paiton, hanya 3 berkas (0,0036%) yang menunjukkan potensi readmisi, sementara 252 berkas (99,99%) tidak terindikasi mengalami readmisi dalam waktu dekat setelah perawatan. Angka ini menggambarkan bahwa mayoritas pasien, baik yang menjalani rawat inap maupun rawat jalan, tidak memerlukan perawatan ulang dalam periode waktu yang singkat setelah perawatan awal. Hal ini menjadi indikasi positif bahwa rumah sakit telah berhasil memberikan perawatan yang efektif dan berkualitas, yang dapat mengurangi kemungkinan terjadinya komplikasi atau kebutuhan perawatan lanjutan bagi sebagian besar pasien. Keberhasilan ini juga menunjukkan bahwa proses diagnostik dan terapi yang diberikan telah tepat sasaran, serta rumah sakit mampu menjaga standar pelayanan yang baik untuk mencegah potensi readmisi.

Meskipun jumlahnya kecil, terdapat 3 berkas klaim yang menunjukkan potensi readmisi, dan hal ini tetap perlu mendapat perhatian. Potensi readmisi ini, meskipun hanya mencakup persentase yang sangat kecil, dapat menjadi indikasi adanya permasalahan dalam perawatan atau pemantauan pasien setelah keluar dari rumah sakit. Penelitian potensi readmisi ini juga sejalan dengan penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit QIM Batang (Widaningtyas, dkk, 2022). Bahkan dengan angka yang rendah, klaim terkait readmisi ini dapat berpotensi menjadi salah satu faktor yang menyebabkan tertundanya pencairan klaim, terutama jika data mengenai potensi readmisi tidak tercatat dengan jelas dan sesuai prosedur yang telah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan.

Ketidaktepatan atau kelalaian dalam pencatatan klaim readmisi dapat mengganggu proses validasi klaim oleh BPJS, yang berisiko memperlambat pencairan dana rumah

sakit. Oleh karena itu, meskipun frekuensinya kecil, penting bagi rumah sakit untuk memastikan bahwa setiap klaim, termasuk yang terkait dengan potensi readmisi, dicatat secara lengkap dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Dengan demikian, kelancaran proses klaim dapat terjaga, dan rumah sakit dapat mempertahankan keberlanjutan operasionalnya tanpa terganggu oleh keterlambatan pencairan dana.

Untuk mengurangi potensi klaim pending yang disebabkan oleh readmisi, rumah sakit perlu terus meningkatkan kualitas perawatan dan pemantauan terhadap pasien pasca-perawatan. Rumah sakit dapat memperkuat pengawasan terhadap kondisi pasien setelah pasien tersebut kontrol, serta memberikan edukasi yang lebih baik mengenai perawatan lanjutan kepada pasien. Langkah ini akan membantu mencegah komplikasi yang dapat memicu readmisi serta mengurangi kebutuhan pasien untuk perawatan ulang yang tidak direncanakan.

Selain itu, peningkatan dokumentasi yang lebih akurat mengenai potensi readmisi, seperti informasi terkait kondisi medis pasca-perawatan dan catatan tindak lanjut, akan membantu mempercepat proses verifikasi klaim oleh BPJS dan mengurangi kemungkinan klaim yang tertunda. Dengan perbaikan dalam dokumentasi dan pemantauan pasien, rumah sakit dapat meningkatkan efisiensi dalam pengelolaan klaim, mempercepat pencairan dana, dan memastikan kelancaran operasional rumah sakit.

KESIMPULAN DAN SARAN

Hasil analisis klaim BPJS di Rumah Sakit Rizani Paiton selama periode Januari hingga Juni 2024 menunjukkan bahwa mayoritas berkas klaim yang diajukan telah memenuhi persyaratan administrasi dan dokumentasi yang ditetapkan, dengan 90% berkas dinyatakan lengkap. Meskipun demikian, 10% berkas klaim masih tidak lengkap, menyebabkan keterlambatan dalam pencairan klaim. Selain itu, 55% klaim sudah dikodekan dengan tepat, sementara 45% tidak sesuai dengan standar, yang menghambat verifikasi klaim dan pencairan dana. Ketidaksesuaian berita acara klaim terjadi pada 40% berkas, berpotensi menyebabkan keterlambatan proses verifikasi. Meskipun hanya 0,0036% klaim terkait readmisi, hal ini tetap perlu diperhatikan untuk mencegah keterlambatan pencairan klaim. Rumah sakit perlu memperbaiki pengelolaan klaim melalui peningkatan pelatihan staf administrasi dan pengkodean serta memperbaiki pemahaman mengenai penyusunan berita acara klaim.

Sebagai langkah perbaikan, rumah sakit disarankan untuk meningkatkan pelatihan staf administrasi mengenai prosedur penyusunan dokumen klaim yang sesuai dengan standar BPJS, serta memberikan pelatihan berkelanjutan kepada petugas coding. Rumah sakit juga perlu memperketat proses verifikasi internal untuk mendeteksi kesalahan lebih awal. Selain itu, peningkatan pemahaman staf tentang prosedur penyusunan berita acara dan pembentukan tim khusus untuk memeriksa kesesuaian

data klaim dapat membantu mengurangi kesalahan. Pengawasan terhadap kondisi pasien pasca-perawatan juga perlu diperkuat guna mencegah readmisi. Evaluasi rutin terhadap proses administrasi klaim BPJS akan membantu rumah sakit mengidentifikasi potensi masalah dan mengambil langkah perbaikan yang tepat waktu. Dengan penerapan manajemen risiko yang lebih baik dan perbaikan yang konsisten, proses klaim BPJS diharapkan dapat berjalan lebih efisien, mempercepat pencairan dana, dan mendukung kelancaran operasional rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Arifudin, O., Wahrudin, U., & Rusmana, F. D. (2020). *Manajemen risiko*. Widina Bhakti Persada.
- Darmawi, H. (2022). *Manajemen risiko*. Bumi Aksara.
- EP, A. A. (2018). Faktor-faktor penyebab klaim tertunda BPJS Kesehatan RSUD Dr. Kanujoso Djatiwibowo periode Januari–Maret 2016. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 4(2).
- Errisya, M. K. (2024). Analisis penyebab pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap di Rumah Sakit X Kota Tebing Tinggi. *Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia (Indonesian Health Scientific Journal)*, 9(1), 321–327.
- Fathia, Z. (2024). *Analisis penyebab pending claim berkas pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) unit rawat inap di RSUP Dr. M. Djamil Padang tahun 2023* (Doctoral dissertation, Universitas Andalas).
- Herman, L. N., Farlinda, S., Ardianto, E. T., & Abdurachman, A. S. (2020). Tinjauan keterlambatan klaim berkas BPJS rawat inap di RSUP Dr. Hasan Sadikin. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan*, 1(4), 575–581.
- Iswanto, Y., & Yusuf, A. (2022). *Manajemen sumber daya manusia*. Universitas Terbuka.
- Kusumawati, A. N. (2020). Faktor-faktor penyebab pending klaim rawat inap di RSUD Koja tahun 2018. *Cermin Dunia Kedokteran*, 47(1), 25–28.
- Listiyono, R. A. (2015). Studi deskriptif tentang kualitas pelayanan di Rumah Sakit Umum Dr. Wahidin Sudiro Husodo Kota Mojokerto pasca menjadi Rumah Sakit Tipe B. *Jurnal Kebijakan dan Manajemen Publik*, 1(1), 2–7.
- Nursolihah, I., Sembiring, D. A., & Runggandini, S. A. (2023). Pengaruh kerja sama antara rumah sakit dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan terhadap jumlah kunjungan rumah sakit di Indonesia. *Journal of Pharmaceutical and Sciences*, 393–399.
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/152506/permenkes-no-3-tahun-2020>
- Peraturan Menteri Kesehatan No. 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis. <https://peraturan.bpk.go.id/Details/245544/permenkes-no-24-tahun-2022>
- Pratama, A., Fauzi, H., Indira, Z. N., & Adi, P. P. (2023). Analisis faktor penyebab pending klaim rawat inap akibat koding rekam medis di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soedirman Kebumen. *Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 8(1), 124–134.
- Ramdhan, M. (2021). *Metode penelitian*. Cipta Media Nusantara.
- OPTIMA (operation technology and management journal) 2. 1 (16-27).

- Sahangggamu, P. M., & Mandey, S. L. (2014). Pengaruh pelatihan kerja, motivasi, dan disiplin kerja terhadap kinerja karyawan pada PT. Bank Perkreditan Rakyat Dana Raya. *Jurnal EMBA: Jurnal Riset Ekonomi, Manajemen, Bisnis dan Akuntansi*, 2(4).
- Salima, N. I. F., & Zein, E. R. (2023). Analisis faktor penyebab klaim pending pasien rawat inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraoen Malang tahun 2023. *Jurnal Informasi Kesehatan Indonesia*, 9(2), 151–159.
- Santiasih, W. A., Simanjorang, A., & Satria, B. (2022). Analisis penyebab pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap di RSUD Dr. RM Djoelham Binjai. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 7(2), 1381–1394.
- Suryanto. (2022). *Manajemen risiko dan asuransi*. Universitas Terbuka.
- Undang-Undang Negara Republik Indonesia No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.
https://www.bpjsketenagakerjaan.go.id/assets/uploads/peraturan/09012015_101207_uu_24_11_bpjs.pdf
- Undang-Undang Negara Republik Indonesia No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
<https://peraturan.bpk.go.id/Details/38778/uu-no-36-tahun-2009>
- Undang-Undang Negara Republik Indonesia No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
https://www.bpjsketenagakerjaan.go.id/assets/uploads/peraturan/09012015_101126_uu_40_04_jamnas.pdf
- Widaningtyas, E., Novinawati, F. P., & Asmorowati, A. (2024). Analisis pending klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit QIM Batang tahun 2022. *Avicenna: Journal of Health Research*, 7(1).
- Windari, A., & Kristijono, A. (2016). Analisis ketepatan koding yang dihasilkan koder di RSUD Ungaran. *Jurnal Riset Kesehatan*, 5(1), 35–39.