

KARYA TULIS ILMIAH

EFEKTIVITAS *DOUBLE CHECK* VERIFIKASI BERKAS TERHADAP PENURUNAN ANGKA KLAIM PENDING BPJS BULAN OKTOBER 2024 DI RSU RIZKI AMALIA MEDIKA



Disusun Oleh :

dr. Aulia Dwi Ramadhita

RSU RIZKI AMALIA MEDIKA

Jl. Brosot – Wates KM 5 Jogahan, Bumirejo, Lendah, Kulon Progo, Daerah Istimewa
Yogyakarta

Telp.0274.7721425,email : rsu.rizkiamalia2002@gmail.com

Website: rsu-rizkiamaliamedika.co.id

LEMBAR PENGESAHAN

JUDUL KARYA TULIS ILMIAH

**“EFEKTIVITAS *DOUBLE CHECK* VERIFIKASI BERKAS TERHADAP PENURUNAN
ANGKA KLAIM PENDING BPJS BULAN OKTOBER 2024 DI RSU RIZKI AMALIA
MEDIKA”**

Disusun Oleh :

dr. Aulia Dwi Ramadhita

Kulon Progo, 13 Juni 2025

Mengetahui

Direktur RSU Rizki Amalia Medika

(dr. Anggrieni Wisni M.Biomed (AAM).,MARS.,FISQua.,CRP®)

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur kehadiran Allah SWT, karena berkat limpahan rahmat dan karunia-Nya, penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah yang berjudul “Efektivitas *Double Check* Verifikasi Berkas Terhadap Penurunan Angka Klaim Pending BPJS Bulan Oktober 2024 Di RSUD Rizki Amalia Medika”.

Karya tulis ilmiah ini ditulis sebagai bentuk tanggung jawab sebagai unit penjaminan dalam membantu mencari solusi dalam menurunkan klaim pending BPJS. Karya tulis ilmiah ini membahas hubungan efektivitas *double check* berkas terhadap penurunan angka klaim yang secara spesifik dilakukan pada bulan Oktober 2024.

Kami menyadari bahwa karya tulis ilmiah ini masih memerlukan masukan dan saran yang membangun. Oleh karena itu, kami mengharapkan kritik dan saran yang membangun dari berbagai pihak agar karya tulis ilmiah ini dapat terus ditingkatkan dan menjadi landasan yang kuat untuk pelaksanaan rencana di masa depan. Akhir kata, semoga karya tulis ilmiah ini dapat menjadi langkah awal yang positif dan bermanfaat bagi semua pihak yang terlibat.

Kulon Progo, 19 Juni 2025

Penulis

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Angka Klaim Pending BPJS	13
Tabel 2. Angka Klaim Pending BPJS	14

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1 Jumlah Klaim Pending bulan Januari 2024 - Oktober 2024	14
Gambar 2 Jumlah Rawat Inap dan Rawat Jalan Klaim Pending bulan Januari 2024 - Oktober 2024.....	15

ABSTRAK

Latar Belakang: Salah satu permasalahan yang sering terjadi di Rumah Sakit yaitu adanya klaim yang sudah diverifikasi namun belum dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan dikarenakan adanya ketidaklengkapan berkas klaim yang diajukan oleh Rumah Sakit. Tim casemix mencoba berbagai cara untuk menurunkan angka klaim pending salah satunya yaitu dengan *double check* verifikasi berkas klaim yang diharapkan mampu menurunkan angka klaim pending.

Tujuan: Untuk mengetahui efektivitas *double check* verifikasi berkas terhadap penurunan angka klaim pending BPJS bulan oktober 2024 di RSUD Rizki Amalia Medika

Metode: Penelitian kualitatif deskriptif berdasarkan data pada bulan Januari-Oktober 2024.

Hasil: Terdapat penurunan angka Klaim Pending BPJS Rawat Inap dan Rawat Jalan bulan Januari 2024 , jumlah tertinggi pada bulan Juni dan Rawat senilai 239,622,800 , sedangkan jumlah terendah pada bulan Oktober senilai 66,700,400

Kesimpulan: Metode *double check* verifikasi mampu menurunkan angka klaim pending di RSUD Rizki Amalia Medika.

Kata Kunci: Klaim BPJS, *double check* verifikasi

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR TABEL	iv
DAFTAR GAMBAR.....	v
ABSTRAK.....	vi
DAFTAR ISI	vii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1. 1 Latar Belakang.....	1
1. 2 Rumusan Masalah.....	2
1. 3 Tujuan	2
Untuk mengetahui efektivitas <i>double check</i> verifikasi berkas terhadap penurunan angka klaim pending BPJS bulan Januari-Oktober 2024 di RSUD Rizki Amalia Medika.....	2
1. 4 Manfaat.....	2
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	3
2.1 Rumah Sakit	3
2.2 JKN	4
2.3 BPJS Kesehatan	5
2.4 Klaim Pelayanan BPJS Kesehatan.....	6
2.5 Klaim Fasilitas Kesehatan Rawat Inap Tingkat Lanjutan.....	7
2.6 Pembayaran Klaim Manfaat Pelayanan Kesehatan Kepada Fasilitas Kesehatan	8
2.7 Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan.....	8
BAB III METODE PENELITIAN	11
A. Metode Penelitian.....	11
B. Waktu Pelaksanaan.....	11
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN.....	12
BAB V KESIMPULAN DAN SARAN	16
A. Kesimpulan	16
B. Saran	16
DAFTAR PUSTAKA	17

BAB 1

PENDAHULUAN

1. 1 Latar Belakang

Rumah sakit yang merupakan lembaga didalam bidang Kesehatan memberikan pelayanan kesehatan perorangan serta dapat memberikan layanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat. Menurut Permenkes No.4 Tahun 2018 yang berisi Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien bahwa fasilitas pelayanan kesehatan dalam mencapai mutu adalah menyediakan pelayanan terbaik kepada pasien, tersedianya data yang lengkap dan akurat guna meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan.

Dalam peningkatan derajat layanan kesehatan, rumah sakit membutuhkan dukungan salah satunya adalah pelaksanaan rekam medis. Rekam medis yang memiliki kualitas tinggi mengacu pada apakah rekam medis tersebut benar, lengkap, akurat dan tepat waktu. Hasil pemeriksaan didalam rekam medis pasien harus diisi apabila telah diberikan pelayanan dari tenaga medis, serta tanda tangan dan nama terang dari dokter atau tenaga medis yang digunakan sebagai pelengkap dokumen rekam medis pasien.

Dalam klaim BPJS Kesehatan merupakan pengajuan dari pihak rumah sakit bertujuan menghimpun biaya perawatan pasien pada pihak BPJS Kesehatan yang diserahkan secara kolektif dan di tagihkan setiap bulannya. Sebelum diserahkan kepada pihak BPJS Kesehatan, rumah sakit harus memenuhi berkas klaim bertujuan memperoleh penukaran biaya selama pengobatan berdasarkan Indonesian Case Base Group (INA-CBG). Salah satu yang sering menjadi kendala rumah sakit dalam pembayaran pelayanan kesehatan dalam masalah klaim adalah ketepatan waktu pengajuan klaim rumah sakit ke kantor BPJS. Seringkali rumah sakit biasanya tidak mengajukan klaim JKN tepat waktu akan berdampak pada siklus keuangan rumah sakit dan berpengaruh kepada pelayanan kesehatan pasien. Penyebab yang sering dijumpai yaitu pengembalian berkas klaim karena diagnosa pada lembar resume medis yang diserahkan tidak lengkap atau tidak akurat (Suhadi, 2020).

Dari hasil penelitian Librianti (2018), menyebutkan proses klaim BPJS erat kaitannya dengan pengisian rekam medis, yang merupakan syarat utama pengajuan klaim ke BPJS yaitu pengisian resume medis dan diagnosa. Sebagai syarat pengajuan klaim BPJS, diagnosis utama sangat erat kaitannya dengan resume medis, sehingga semua yang menghambat kelengkapan rekam medis terkait dengan proses pengajuan klaim BPJS.

Salah satu permasalahan yang sering terjadi di Rumah Sakit adanya klaim pending. Menurut Peraturan BPJS Nomor 7 Tahun 2018, Klaim Pending yaitu klaim yang sudah diverifikasi namun belum dapat dibayarkan oleh BPJS Kesehatan dikarenakan adanya ketidaklengkapan berkas klaim yang diajukan oleh Rumah Sakit. Berdasarkan penelitian sebelumnya (Santiasih et al., 2021)

Menurut hasil penelitian (Triatmaja et al., 2022) berkas klaim yang pending disebabkan oleh ketidaklengkapan berkas rekam medis dan ketidaktepatan penulisan kode diagnosis maupun kode tindakan. Menurut jurnal (Triatmaja et al., 2022) apabila ditemukan berkas persyaratan yang tidak lengkap, besar kemungkinan terjadi pengembalian berkas klaim sehingga dapat merugikan rumah sakit karena memperlambat proses pembayaran klaim dan dapat menurunkan mutu pelayanan Rumah Sakit.

Kunjungan pasien meningkat setiap bulan meningkatkan kemungkinan angka pending, ditemukan berkas klaim yang dipending oleh verifikator BPJS Kesehatan rata rata senilai 186juta atau sejumlah 69 berkas klaim rawat inap dan rawat jalan yang dikembalikan ke Rumah Sakit untuk diperbaiki. Tim casemix mencoba berbagai cara untuk menurunkan angka klaim pending , sehingga menemukan cara yaitu *double check* verifikasi berkas klaim yang berefek menurunkan angka klaim pending senilai 66juta dibulan Oktober 2024.

1. 2 Rumusan Masalah

Bagaimana efektivitas *double check* verifikasi berkas terhadap penurunan angka klaim pending BPJS bulan oktober 2024 di RSUD Rizki Amalia Medika ?

1. 3 Tujuan

Untuk mengetahui efektivitas *double check* verifikasi berkas terhadap penurunan angka klaim pending BPJS bulan Januari-Oktober 2024 di RSUD Rizki Amalia Medika.

1. 4 Manfaat

Manfaat dari penelitian ini adalah sebagai berikut

- a. Memperbaiki sistem dalam penjaminan dengan menurunkan klaim pending BPJS secara khusus
- b. Memberikan informasi sebagai pertimbangan cara dalam proses pencairan penjaminan pada tim *casemix*

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

Rumah sakit menurut WHO (*World Health Organization*) yang dikutip oleh Budi (2011) adalah bagian integral dari masyarakat dan organisasi kesehatan dan fungsinya menyediakan pelayanan, pengobatan dan pencegahan penyakit yang komprehensif kepada masyarakat.

Menurut Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No.340/MENKES/PER/III/2010 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 yang memiliki tugas memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas yang mampu dijangkau masyarakat untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Tugas rumah sakit menurut Undang-Undang No.44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit adalah memberikan kesehatan perorangan secara paripurna. Dalam menyelenggarakan fungsinya, rumah sakit berkewajiban menyelenggarakan kegiatan :

- a. Pelayanan medis.
- b. Pelayanan dan asuhan keperawatan.
- c. Pelayanan penunjang medis dan nonmedis
- d. Pelayanan kesehatan kemasyarakatan dan rujukan.
- e. Pendidikan, penelitian dan pengembangan.
- f. Administrasi umum dan keuangan.

Fungsi rumah sakit menurut Undang-Undang No.44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit yaitu :

- a. Menyediakan pelayanan medis dan pemulihan kesehatan yang memenuhi standar pelayanan rumah sakit.
- b. Sesuai dengan kebutuhan medis, mempertahankan dan meningkatkan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan sekunder dan tersier yang lengkap.
- c. Penyelenggara dalam pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia guna dalam peningkatan pelayanan kesehatan.
- d. Menyelenggarakan penelitian dan pengembangan juga mengaplikasikan teknologi dibidang kesehatan dalam rangka meningkatkan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.2 JKN

Jaminan Sosisal menurut Undang-Undang No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, ialah salah satu bentuk perlindungan sosial yang dirancang untuk memastikan bahwa setiap orang dapat memenuhi kebutuhan dasarnya. Sedangkan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang merupakan proses pengelolaan rencana jaminan sosial oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan Ketenagakerjaan.

Menurut Perpres No.75 Tahun 2019 tentang perubahan atas Perpres No.82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, Jaminan Kesehatan yang merupakan salah satu bentuk jaminan perlindungan kesehatan supaya peserta dapat memperoleh manfaat dan perlindungan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan dasar yang diberikan kepada setiap orang yang membayar iuran Jaminan Kesehatan atau iuran Jaminan Kesehatannya dibayar oleh Pemerintah Pusat atau Daerah.

Peserta dari program JKN meliputi Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN dan bukan Penerima Bantuan Iuran (Non-PBI) JKN, yaitu:

1. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI)

Pesertanya meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu.

2. Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran (Non-PBI)

Pesertanya meliputi orang yang tidak tergolong fakir miskin dan orang

tidak mampu, dalam artian orang yang mampu membayar iurannya sendiri.

2.3 BPJS Kesehatan

Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya di bayarkan oleh pemerintah. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah Badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan (Depkes RI, 2012). Manfaat Jaminan Kesehatan BPJS Kesehatan yaitu pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu pelayanan kesehatan non spesialisistik meliputi :

1. Administrasi Pelayanan
2. Pelayanan Promotif dan preventif
3. Pemeriksaan, pengobatan, konsultasi medis
4. Tindakan medis non spesialisistik, baik operatif maupun non operatif
5. Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai
6. Transfusi darah sesuai kebutuhan medis
7. Pemeriksaan penunjang diagnosa laboratorium tingkat pertama
8. Rawat inap tingkat pertama sesuai indikasi

Menurut Undang-Undang No.24 Tahun 2011 tugas dan fungsi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial adalah sebagai berikut :

1. Fungsi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.
2. Tugas Badan Penyelenggara Jaminan Sosial
Dalam melaksanakan fungsinya, BPJS bertugas untuk :
 - a. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta,
 - b. Memungut dan mengumpulkan iuran daari peserta dan pemberi kerja,
 - c. Menerima bantuan iuran dari pemerintah,
 - d. Mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta,
 - e. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial,
 - f. Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial, dan
 - g. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan

program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

2.4 Klaim Pelayanan BPJS Kesehatan

Beberapa ketentuan umum dalam Panduan Praktis Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan BPJS Kesehatan, meliputi :

- a) Fasilitas kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapitasi, tidak perlu diajukan klaim oleh Fasilitas Kesehatan.
- b) BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan.

1. Kendali Mutu dan Biaya

- a. Dalam rangka penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya, BPJS Kesehatan membentuk tim kendali mutu dan kendali biaya yang terdiri dari unsur organisasi profesi, akademisi dan pakar klinis.
- b. Kendali mutu dan kendali biaya dapat melakukan :
 - 1) Sosialisasi kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik profesi sesuai kompetensi,
 - 2) *Utilization review* dan audit medis; dan/atau
 - 3) Pembinaan etik dan disiplin profesi kepada tenaga kesehatan.

2. Kadaluarsa Klaim

a. Klaim Kolektif

Fasilitas Kesehatan milik Pemerintah maupun Swasta, baik Tingkat Pertama maupun Tingkat Lanjutan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan.

b. Klaim Perorangan

Batas waktu maksimal pengajuan klaim perorangan adalah 2 (dua) tahun setelah pelayanan diberikan, kecuali diatur secara khusus.

3. Kelengkapan Administrasi Klaim Umum

a. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama

- 1) Formulir pengajuan klaim (FPK) rangkap 3 (tiga).
- 2) fotocopy data pelayanan bagi Fasilitas Kesehatan yang telah

menggunakan aplikasi P-Care/aplikasi BPJS Kesehatan lain (untuk PMI/UTD) atau rekapitulasi pelayanan secara manual untuk Fasilitas Kesehatan yang belum menggunakan aplikasi P-Care.

- 3) Kwitansi asli bermaterai cukup.
 - 4) pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga.
 - 5) Kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim.
- b. Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan
- 1) Formulir pengajuan klaim (FPK) rangkap 3 (tiga).
 - 2) *fotocopy* iuran aplikasi.
 - 3) Kwitansi asli bermaterai cukup.
 - 4) pelayanan yang sudah ditandatangani oleh peserta atau anggota keluarga.
 - 5) Kelengkapan lain yang dipersyaratkan oleh masing-masing tagihan klaim.

2.5 Klaim Fasilitas Kesehatan Rawat Inap Tingkat Lanjutan

1. Klaim diajukan secara kolektif oleh fasilitas kesehatan kepada BPJS Kesehatan maksimal tanggal 10 bulan berikutnya dalam bentuk softcopy (iuran aplikasi INA CBGs Kementerian Kesehatan yang berlaku) dan *hardcopy* (berkas pendukung klaim).
2. Tagihan klaim di fasilitas kesehatan lanjutan menjadi sah setelah mendapat persetujuan dan ditandatangani Direktur/Kepala Fasilitas Kesehatan Lanjutan dan Petugas Verifikator BPJS Kesehatan.
3. Klaim diajukan kepada Kantor Cabanag/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan secara kolektif setiap bulan dengan kelengkapan administrasi umum dan kelengkapan lain sebagai berikut:
 - a. Rekapitulasi pelayanan.
 - b. Berkas pendukung masing-masing pasien, yang terdiri dari :
 - 1) Surat Eligibilitas Peserta (SEP).
 - 2) Surat perintah rawat inap
 - 3) Resume medis yang ditandatangani oleh DPJP.

- 4) Bukti pelayanan lain yang ditandatangani oleh DPJP (bila diperlukan), misal :
 - a) Laporan operasi
 - b) Protokol terapi dan regimen (jadual pemberian obat) pemberian obat khusus.
 - c) Perincian tagihan Rumah Sakit (manual atau *automatic billing*).
 - d) Berkas pendukung lain yang diperlukan.

2.6 Pembayaran Klaim Manfaat Pelayanan Kesehatan Kepada Fasilitas Kesehatan

Menurut Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan No.3 Tahun 2017 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional pada Pasal 24 menyebutkan bahwa:

- a. Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim secara kolektif dan lengkap kepada BPJS Kesehatan paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya.
- b. Dalam hal tanggal 10 jatuh pada hari libur, maka pengajuan klaim dapat diajukan pada hari kerja berikutnya.
- c. Dalam hal ini terdapat kekurangan kelengkapan berkas klaim maka BPJS Kesehatan mengembalikan klaim ke Fasilitas Kesehatan untuk dilengkapi dengan melampirkan Berita Acara Pengembalian Klaim.
- d. Klaim yang dikembalikan dapat diajukan kembali oleh Fasilitas Kesehatan pada pengajuan klaim bulan berikutnya.

2.7 Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan

Beberapa ketentuan umum dalam Panduan Praktis Teknis Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan (2014), meliputi :

1. Verifikasi Administrasi Klaim
 - a. Berkas klaim rawat inap yang akan diverifikasi meliputi:
 - 1) Surat perintah rawat inap.
 - 2) Surat Eligibilitas Peserta (SEP).
 - 3) Resume medis yang mencantumkan diagnose dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJDP).
 - 4) Pada kasus tertentu bila ada pembayaran klaim diluar INA CBG's

diperlukan tambahan bukti pendukung :

- a) Protokol terapi dan regimen obat khusus untuk Onkologi,
- b) Resep alat bantu kesehatan,
- c) Tanda terima alat bantu kesehatan.

b. Tahap verifikasi administrasi klaim yaitu :

1) Verifikasi Administrasi Kepesertaan

Dengan meneliti kesesuaian berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan data kepesertaan yang diinput dalam aplikasi INA CBG's.

2) Verifikasi Administrasi Pelayanan

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi administrasi pelayanan adalah :

- a) Mencocokkan kesesuaian berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan.
- b) Apabila terjadi ketidaksesuaian antara kelengkapan dan keabsahan berkas maka berkas dikembalikan ke RS untuk dilengkapi.
- c) Kesesuaian antara tindakan operasi dengan spesialisasi operator ditentukan oleh kewenangan medis yang diberikan Direktur Rumah Sakit secara tertulis.

2. Verifikasi Pelayanan Kesehatan

Hal-hal yang harus diperhatikan adalah :

- a. Verifikator wajib memastikan kesesuaian diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan kode ICD 10 dan ICD 9 CM. Ketentuan coding mengikuti panduan coding yang terdapat dalam Junis INA CBG.
- b. Satu episode rawat jalan adalah satu rangkaian pertemuan konsultasi antara pasien dan dokter serta pemeriksaan penunjang sesuai indikasi medis dan obat yang diberikan pada hari pelayanan yang sama.
- c. Pelayanan IGD, pelayanan rawat sehari maupun pelayanan bedah sehari termasuk rawat jalan.
- d. Episode rawat inap adalah satu rangkaian pelayanan jika pasien mendapatkan perawatan >6 jam di rumah sakit atau jika pasien telah mendapatkan fasilitas rawat inap (bangsal/ruang rawat inap dan/atau ruang perawatan intensif) walaupun lama perawatan <6 jam dan secara

administrasi telah menjadi pasien rawat inap.

- e. Pasien yang masuk ke rawat inap sebagai kelanjutan dari proses perawatan di rawat jalan atau gawat darurat, maka kasus tersebut termasuk satu episode rawat inap, dimana pelayanan yang telah dilakukan di rawat jalan atau gawat darurat sudah termasuk didalamnya.

3. Verifikasi Menggunakan *Software* INA-CBG's

- a. Purifikasi Data
- b. Melakukan proses verifikasi administrasi
Verifikator mencocokkan lembar kerja tagihan dengan bukti pendukung dan hasil entry rumah sakit.
- c. Setelah proses verifikasi administrasi selesai maka verifikator dapat melihat status klaim yang layak secara administrasi, tidak laik secara administrasi dan pending.
- d. Proses verifikasi lanjutan
- e. Finalisasi klaim
- f. Verifikator dapat melihat klaim dengan status pending pada aplikasi purifikasi data
- g. Umpan balik pelayanan
- h. Kirim file

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Metode Penelitian

Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian secara kualitatif , menurut Sugiyono (2019:18) metode penelitian kualitatif adalah metode penelitian yang berlandaskan pada filsafat postpositivisme, digunakan untuk meneliti pada kondisi obyek yang alamiah, (sebagai lawannya adalah eksperimen) dimana peneliti adalah sebagai instrument kunci, teknik pengumpulan data dilakukan secara triangulasi (gabungan), analisis data bersifat induktif/kualitatif, dan hasil penelitian kualitatif lebih menekankan makna dari generalisasi. Metode penelitian yang berdasarkan pada pengolahan data yang sifatnya deskriptif (Djam'an Satori, 2011: 23). Penelitian kualitatif deskriptif dilakukan untuk menjelaskan penelitian yang ada tanpa memberikan manipulasi data variable yang diteliti dengan cara melakukan wawancara langsung (Bahri, 2017: 73).

B. Waktu Pelaksanaan

Penelitian ini dilaksanakan di unit *casemix* Rumah Sakit Rizki Amalia Medika pada bulan Januari 2024 - Oktober 2024. Sampel penelitian ini adalah berkas klaim pending bulan Januari 2024 – Oktober 2024.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pelaksanaan prosedur pengkodean diagnosa penyakit pasien BPJS rawat inap di Rumah Sakit Rizki Amalia Medika dilakukan oleh petugas bagian koding casemix rawat inap. Pelaksanaan pengkodean diagnosa pasien BPJS menggunakan kaidah ICD 10 tahun 2010, Permenkes RI Nomor 26 Tahun 2021, dan Berita Acara Kesepakatan BPJS tahun 2019, dan Panduan Manual Verifikasi Klaim INA-CBG Edisi 2. Berdasarkan hasil wawancara didapatkan hasil bahwa dalam melaksanakan pengkodean diagnosa menggunakan ICD 10 elektronik dan pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menegaskan kode diagnosa tersebut.

Adapun langkah-langkah pelaksanaan pengkodean diagnosa adalah sebagai berikut:

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

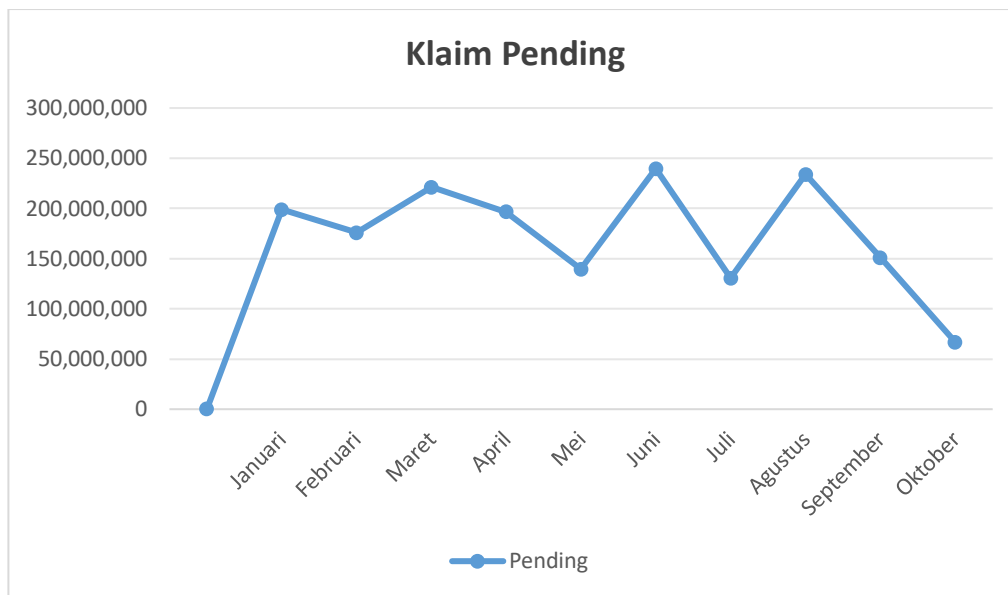
pengiriman klaim

Data Klaim BPJS yang pending dari bulan Januari 2024 sampai
bulan Oktober 2024

Tabel 1. Angka Klaim Pending BPJS

	Bulan	Pending
	Januari	198,630,000
	Februari	175,720,900
	Maret	221,148,200
	April	196,434,700
	Mei	139,371,900
	Juni	239,622,800
	Juli	130,583,700
	Agustus	233,880,300
	September	150,922,500
	Oktober	66,700,400

Sumber : Data Casemix RSU RAM, 2024



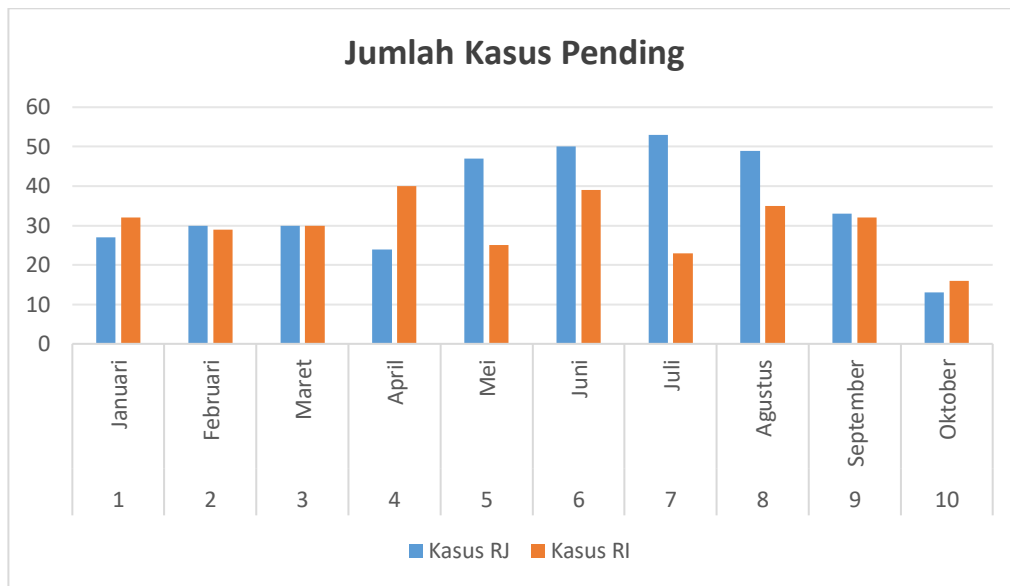
Gambar 1 Jumlah Klaim Pending bulan Januari 2024 - Oktober 2024

Berdasarkan Tabel 1 dan Gambar 1 diketahui bahwa pada terdapat penurunan angka Klaim Pending BPJS Rawat Inap dan Rawat Jalan bulan Januari 2024 , jumlah tertinggi pada bulan Juni dan Rawat senilai 239,622,800 , sedangkan jumlah terendah pada bulan Oktober senilai 66,700,400 .

Tabel 2. Angka Klaim Pending BPJS

No	Bulan	Kasus		Jumlah
		RJ	RI	
1	Januari	27	32	59
2	Februari	30	29	59
3	Maret	30	30	60
4	April	24	40	64
5	Mei	47	25	72
6	Juni	50	39	89
7	Juli	53	23	76
8	Agustus	49	35	84
9	September	33	32	65
10	Oktober	13	16	29

Sumber : Data Casemix RSU RAM, 2024



Gambar 2 Jumlah Rawat Inap dan Rawat Jalan Klaim Pending bulan Januari 2024 - Oktober 2024

Berdasarkan Tabel 2 dan Gambar 2 diketahui bahwa pada terdapat penurunan angka Klaim Pending BPJS Rawat Inap dan Rawat Jalan bulan Januari 2024 T, jumlah tertinggi Rawat Jalan pada bulan Juli yaitu 50 kasus dan Rawat Inap pada bulan April yaitu 40 kasus, sedangkan jumlah terendah pada Rawat Jalan dan Rawat Inap pada bulan Oktober yaitu 13 dan 16 kasus.

Dari diperlakukannya metode *double check* pada bulan oktober didapatkan hasil signifikan terhadap penurunan angka klaim BPJS yang pending, maka didapatkan hasil efektivitas *double check* verifikasi berkas terhadap penurunan angka klaim pending BPJS bulan oktober 2024 di RSUD Rizki Amalia Medika.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian dan pembahasan didapatkan bahwa terdapat efektivitas *double check* terhadap penurunan angka klaim BPJS yang pending dibulan Oktober 2024 yaitu senilai Rp 66.000.000 atau sejumlah 29 kasus rawat inap dan rawat jalan. Dibandingkan dengan sebelumnya rata rata senilai 186juta atau sejumlah 69 berkas klaim rawat inap dan rawat jalan yang dikembalikan ke Rumah Sakit untuk diperbaiki.

B. Saran

Berdasarkan dari hasil penelitian yang dilakukan, maka metode *double check* bisa dilanjutkan untuk mengurangi angka pending klaim BPJS.

DAFTAR PUSTAKA

- Djam'an Satori, A. K. (2011). *Metode Penelitian Kualitatif*. Bandung. Alfabeta.
- Bahri, S. (2017). Pengembangan kurikulum dasar dan tujuannya. *Jurnal Ilmiah Islam Futura*, 11(1), 15–34.
- Direktorat Pelayanan. 2014. *Panduan Praktis Teknis Verifikasi Klaim*. Jakarta
- Kementrian Kesehatan. 2010. Menteri Kesehatan Nomor 340/MENKES/PER/III/2010 Tahun 2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit. Jakarta
- Kementrian Kesehatan. 2018. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 Tahun 2018 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien. Jakarta
- Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Jakarta
- Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 75 Tahun 2019 tentang Perubahan atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Jakarta
- Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (Peraturan BPJS Kesehatan) No 3 tahun 2017 tentang Peraturan BPJS Kesehatan Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional
- Santiasih, W.A. dkk (2021) 'Analisis Penyebab Pending Klaim Bpjs Kesehatan', 7(2), pp. 1381–1394.
- Sugiyono, P. D. (2019). *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D* (M. Dr. Ir. Sutopo. S. Pd. ALFABETA, cv.
- Triatmaja, A. B., Wijayanti, R. A., & Nuraini, N. (2022). Tinjauan Penyebab Klaim Pending Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di RSUD Haji Surabaya. *J-REMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 3(2), 131–138. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v3i2.2252>
- Undang-undang (UU) Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Jakarta
- Undang-undang (UU) Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit. Jakarta.
- Undang-undang (UU) Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional