

RINGKASAN

Analisis Faktor Penyebab *Pending* Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap Di Rs Pusat Pertamina Jakarta, Dini Meiry Rahmaningsih, NIM G41192070, Tahun 2023, Manajemen Informasi Kesehatan, Politeknik Negeri Jember, Maya Weka Santi, S.KM., M.Kes. (Dosen Pembimbing), Ajeng Wulannadia AMd. MIKRM, S.KM. (Pembimbing Lapangan).

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat berdasarkan Permenkes 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara program JKN dalam menjalankan fungsinya bekerjasama dengan fasilitas kesehatan (Republik Indonesia, 2013). Komponen penting dalam implementasi Program JKN adalah pembiayaan kesehatan. Pembiayaan kesehatan di rumah sakit diperoleh dari pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan atas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada peseta (Kementerian Kesehatan RI, 2016). Rumah sakit mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan untuk memperoleh penggantian biaya operasional layanan kesehatan. Proses klaim dimulai dengan penyerahan berkas klaim oleh rumah sakit ke BPJS Kesehatan setiap bulan.

Proses pengajuan klaim dari rumah sakit kepada BPJS Kesehatan memiliki tahap verifikasi kelengkapan berkas administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan serta verifikasi pelayanan kesehatan. Kelengkapan dokumen klaim BPJS Kesehatan yang terdapat di rumah sakit meliputi rekapitulasi pelayanan dan berkas pendukung pasien yang terdiri dari Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis, keterangan diagnose dari dokter yang merawat, dan bukti pelayanan lainnya. Klaim yang pending juga dapat menyebabkan kerugian bagi rumah sakit, khususnya rumah sakit milik pemerintah yang banyak menerima pasien.

Jaminan Kesehatan sehingga mengalami kerugian akibat ketidaksesuaian pembiayaan pelayanan dengan jumlah klaim yang dibayarkan. Dari hasil penelitian ketidaksesuaian pengkodean berdampak terhadap besarnya klaim yang dibayarkan karena besarnya biaya klaim tergantung dari kode diagnose yang dimasukkan ke dalam program INA-CBG's, sehingga ketidakakuratan kode diagnosis ini akan membawa dampak besar terhadap pendapatan pelayanan kesehatan yang dapat mengalami kerugian akibat ketidaksesuaian jumlah klaim yang dibayarkan dengan besaran biaya untuk suatu pelayanan kesehatan.

Pending klaim merupakan berkas klaim yang dikembalikan dari pihak BPJS Kesehatan apabila berkas klaim tidak sesuai dengan persyaratan dan tidak lolos verifikasi, dalam hal ini pihak rumah sakit diharuskan untuk mengoreksi dan merevisi ulang klaim yang pending. Sedangkan klaim tidak layak adalah klaim yang tidak bisa diajukan maupun direvisi kembali. Melakukan penelitian dengan menggunakan teori GR. Terry yang menyebutkan metode terdiri dari Planning (perencanaan), *organizing* (pengorganisasian), *actuating* (penggerakkan dan pelaksanaan), dan *controlling* (pengawasan dan evaluasi) dan melakukan prioritas masalah menggunakan USG (*Urgency, Seriousness, dan Growth*).