

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran umum lokasi penelitian

a. Profil Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang



Gambar 4.1 Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang

Sumber: *google*, 2021

Pada tahun 1980an berdirilah sebuah gudang logistik alat perlengkapan pasien (Alkap) seperti barang selimut, sprei, sarung bantal, kasur dll diprakasai oleh Lettu Ckm drg. Kusworo yang pada waktu itu masih dibawah naungan RS dr. Soepraoen Malang.

Tahun 1984 menjadi BKIA Rampal masuk wilayah Denkesyah Malang yang dijabat oleh Letkol Ckm Pur dr. Sudrajat Arkadinata dengan melayani pada khusus pasien anggota TNI/PNS dan keluarga serta umum. Pada tahun 2006 berubah menjadi rumkitban Malang sesuai surat keputusan menkes RI nomor YM.02.04.3.1.3462 tanggal 14 Februari 2006 dengan Dandenkesyah letkol Ckm Pur dr. Untung Sukandi.

Pada tahun 2013 sesuai surat keputusan walikota Malang nomor : 445/2/35/73.112/2013 tanggal 26 Juni berubah menjadi RS khusus bersalin

Rumkitban 05.08.02 Malang dengan Dandenkesyah dijabat oleh Letkol Ckm dr. I Nyoman Kendra.

Pada tahun 2016 sesuai surat keputusan walikota Malang nomor : 45/5/35.73.122/2016 tanggal 19 juli 2016 berubah menjadi RSIA Rumkitban 05.08.02 Malang hingga sekarang dengan Dandenkesyah pada waktu dijabat oleh Letkol Ckm Muchlis Effendy.

Pada tanggal 23 Juni 2021 RSIA Rumkitban Malang resmi naik kelas dan kini menyandang nama sebagai RS Bhirawa Bhakti, pengukuhan nama rumah sakit tersebut dilakukan Kepala Pusat Kesehatan TNI Angkatan Darat, Mayjen TNI dr. Budiman, Sp. BE-RE (K) .,M.A.R.S dengan Kepala RS TNI AD Bhirawa Bhakti Malang Mayor Ckm drg. Nugroho Setyawan, Sp.BM.

b. Visi Dan Misi Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang

Visi

Menjadi Rumah Sakit pilihan dengan menyediakan layanan kesehatan terbaik, aman bermutu tinggi dan inovatif

Misi

Menyediakan pelayanan secara utuh konsisten dan terpadu yang berfokus pada pasien

c. Karakteristik Informan

Pemaparan karakteristik informan dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui keadaan yang sesuai dengan *Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap* di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang. Peneliti mencoba menggali informasi yang didapatkan dari informan kunci dan informan utama.

Pada penelitian ini kegiatan wawancara dan observasi dilakukan pada bulan Desember 2022 - Januari 2023, semua data dalam penelitian ini bersumber dari 2 informan penelitian dan keduanya memiliki kriteria dengan usia yang berbeda. Dalam penelitian ini yang menjadi informan kunci adalah kepala *casemix* sedangkan untuk informan utama adalah dokter verifikator *casemix* dan coder

casemix. Nama informan yang digunakan peneliti merupakan inisial nama, hal ini untuk menjaga kerahasiaan identitas informan penelitian.

Informan kunci dengan kode informan (KC) sebagai kepala *casemix* dengan pendidikan terakhir S1, yang bertugas mengirimkan data txt klaim kepada verifikator BPJS, menerima berkas klaim dari petugas verifikator BPJS apabila terdapat pengembalian berkas, memberikan berkas klaim yang akan direvisi kepada koder, dan mengirimkan kembali berkas klaim perbaikan kepada verifikator BPJS Kesehatan.

Informan utama dengan kode informan (DV) sebagai dokter verifikator internal *casemix* dengan pendidikan terakhir S1 bertugas untuk memeriksa pemeriksaan penunjang sesuai resume, menganalisa hasil *grouper*, melakukan optimalisasi diagnosa dan melakukan finalisasi klaim. Adapun kode informan (CC) sebagai coder *casemix* dengan pendidikan terakhir D3, yang bertugas menerima berkas *billing*, melakukan penginputan data pasien dan data pelayanan kedalam software INA CBGs, melakukan penginputan diagnosis primer dan sekunder serta tindakan kedalam software INA CBGs.

4.2 Prosedur Pelaksanaan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang

Prosedur pelaksanaan pengajuan klaim di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang diajukan secara kolektif sesuai dengan SOP yang berlaku dan kebijakan yang telah di atur dalam perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang pada tahun 2022. Pengajuan klaim dilakukan pada minggu ke-2 bulan berikutnya dengan jumlah berkas klaim yang diajukan sesuai dengan jumlah kunjungan pasien. Hal ini diperkuat oleh pernyataan informan kunci dan hasil observasi yaitu sebagai berikut:

“Prosedur pengajuan klaim sesuai dengan SOP yang ada disini dan sesuai dengan PKS rumah sakit Bhirawa Bhakti Malang dengan BPJS Kesehatan tahun 2022.” (W1-KC)

“Jumlah berkas yang diajukan juga berbeda-beda tergantung dengan jumlah kunjungan pasien pada bulan itu, untuk pengajuannya pada bulan berikutnya di minggu ke-2” (W5-KC)

Berdasarkan pengajuan klaim di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang dimulai dari pelayanan pasien rawat inap yaitu pasien datang dan mendaftar pada bagian TPPRI dengan membawa persyaratan yang dibutuhkan. Kemudian setelah melakukan pendaftaran, pasien diarahkan ke admisi rawat inap untuk menyelesaikan administrasi yang berkaitan dengan *general consent*, hak dan kewajiban, privasi, pembiayaan dan berkas lain yang dibutuhkan pasien selama masa perawatan di rumah sakit untuk mendapatkan pelayanan di unit rawat inap sesuai dengan kebutuhan pasien. Apabila pasien dinyatakan sembuh oleh dokter maka keluarga pasien harus melakukan pembayaran di loket pembayaran. Hal tersebut juga berlaku untuk pasien yang dirujuk maupun yang meninggal. Hal ini diperkuat oleh pernyataan informan kunci yaitu sebagai berikut:

“Ya yang pertama pasien atau keluarga pasien daftar dulu ke pendaftaran sama bawa fotocopy surat rujukan PPK 1, fotocopy kartu BPJS dan fotocopy KTP, terus pasien ke bagian admisi ranap untuk melengkapi administrasi pasien, dan diberi informasi setelah itu berkas rekam medis dikirimkan kepada bagian casemix baru semua proses pengajuan klaim ada dibagian sini” (W3-DV)

Berdasarkan hasil observasi gambaran alur pelaksanaan pengajuan klaim di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang yaitu dokumen rekam medis yang diterima pada bagian *casemix* akan dilakukan tahap verifikasi administrasi. Pada tahap ini dilakukan identifikasi berkas-berkas yang diperlukan sebagai persyaratan pengajuan klaim serta memeriksa kesesuaian dan kelengkapan berkas klaim. Setelah itu, dilakukan *grouping* kode penyakit dan tindakan untuk kode diagnosis pada ICD-10 dan kode tindakan pada ICD-9 dengan mengikuti ketentuan sesuai dengan juknis dan menggunakan software INA CBGs pada SIMRS. Setelah

grouping dilakukannya proses *scanning* pada dokumen yang akan diajukan. Apabila berkas lengkap dan sesuai, berkas akan diajukan pada verifikator BPJS Kesehatan dengan melengkapi berita acara serah terima klaim dan lembar cek list. Kemudian purifikasi data dengan mengirimkan txt melalui aplikasi V-klaim. Ketika proses verifikasi administrasi selesai, maka verifikator dapat melihat status klaim yang layak dan tidak layak atau *dipending*. Apabila berkas tidak layak maka berkas akan dikembalikan kepada rumah sakit dengan melampirkan berita acara pengembalian klaim sedangkan untuk berkas yang layak maka klaim telah sukses.

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara kepada informan berkas yang menjadi persyaratan pada saat pengajuan klaim pada tahap verifikasi administrasi yaitu meliputi:

- a. Surat Eligibilitas Pasien (SEP)
- b. Resume medis
- c. *Billing*/rician kasir
- d. Laporan operasi
- e. Hasil pemeriksaan penunjang
- f. Surat persetujuan rawat inap
- g. Surat keterangan kematian (apabila pasien pulang dalam keadaan meninggal)
- h. Surat kronologi kejadian (apabila pasien kecelakaan)

Dalam pelaksanaan pengajuan klaim seluruh petugas *casemix* telah mengetahui terkait dengan alur pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan sehingga dalam pelaksanaannya sudah berjalan secara efektif dan sesuai dengan standar operasional prosedur yang ada di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang. Akan tetapi masih terdapat beberapa kendala dalam pelaksanaan pengajuan klaim yang dapat menyebabkan *pending* klaim. Hal ini diperkuat oleh pernyataan informan kunci dan hasil observasi yaitu sebagai berikut:

“Seluruh petugas sangat mengetahui SOP pelaksanaan pengajuan klaim, tapi juga masih ada kendalanya saat mengirimkan klaim” (W4-KC)

Berdasarkan Permenkes Nomor 28 tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, menyatakan bahwa prosedur pelaksanaan pelayanan pada FKRTL yang dimulai dari pelayanan administrasi yaitu peserta melakukan pendaftaran dibagian tempat pendaftaran pasien kemudian peserta akan menerima SEP untuk mendapatkan pelayanan, peserta dapat memperoleh pelayanan sesuai indikasi medis.

Sejalan dengan penelitian (Linda et al., 2021) alur proses pelayanan pasien BPJS Kesehatan yaitu pasien datang dengan menyerahkan persyaratan yang dibutuhkan dan diserahkan kepada petugas kemudian petugas membuatkan SEP lalu megarahkan pasien pada poli tujuan. Sedangkan untuk alur pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan yaitu berkas yang berasal dari bagian koder untuk dilakukannya pengkodean kemudian berkas diserahkan kepada bagian gruper untuk diinput kedalam sistem INA CBGs sebelum diinput berkas dikelompokkan terlebih dahulu berdasarkan jenis pelayanan, petugas memasukkan nomor SEP dan nomor rekam medis untuk mencocokkan dengan data pasien kemudian petugas memverifikasi dan menginput tagihan *billing*, diagnosa, tatalaksana dan penunjang. Setelah selesai, petugas melakukan penarikan data txt dan excel pada sistem INA CBGs dan berkas dikirim kepada BPJS Kesehatan.

4.3 Penyebab *Pending* Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang

Pending klaim merupakan pengembalian berkas klaim apabila berkas yang diajukan tidak memenuhi dengan persyaratan yang telah ditentukan. Di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti kendala yang terjadi pada saat pelaksanaan pengajuan klaim yaitu tidak tepatnya berkas sesuai dengan berita acara kesepakatan sehingga menyebabkan *pending* klaim. Hal ini disebabkan karena adanya perubahan aturan BPJS Kesehatan sehingga petugas harus menyesuaikan terhadap aturan yang baru. Selain itu, penyebab *pending* klaim ialah ketidaklengkapan berkas klaim. Hal ini diperkuat oleh pernyataan informan kunci yaitu sebagai berikut:

“Penyebabnya banyak, berkas yang tidak sesuai dengan BA kesepakatan aturan-aturan BPJS yang sering berubah dan sering membuat kebijakan baru jadi beberapa berkas yang sudah dikirim pending oleh BPJS karena tidak sesuai dengan kebijakan baru petugas pun juga perlu menyesuaikan” (W8-DV)

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara yang dilakukan di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti ditemukan fenomena terkait *pending* klaim pada berkas rekam medis rawat inap. Dari berkas yang diajukan pada bulan januari sampai desember 2022 terdapat beberapa berkas klaim yang mengalami pending klaim setiap bulannya dengan faktor penyebab yang berbeda. Berikut tabel rekap berkas klaim rawat inap pada tahun 2022 sebagai berikut:

Tabel 4.1 Berkas Klaim BPJS Kesehatan Tahun 2022

No	Bulan	Jumlah Klaim Diajukan	Jumlah Klaim Pending	Presentase
1.	Januari	108 berkas	8 berkas	7,4 %
2.	February	74 berkas	7 berkas	9,45 %
3.	Maret	67 berkas	8 berkas	11,94 %
4.	April	82 berkas	11 berkas	13,41 %
5.	Mei	82 berkas	15 berkas	18,29 %
6.	Juni	118 berkas	10 berkas	8,47%
7.	Juli	149 berkas	16 berkas	10,73%
8.	Agustus	126 berkas	21 berkas	16,66%
9.	September	139 berkas	24 berkas	17,26%
10.	Oktober	103 berkas	22 berkas	21,35%
11.	November	116 berkas	9 berkas	7,75%
12.	Desember	135 berkas	22 berkas	16,29%

Sumber: Data Sekunder, 2022

Berdasarkan tabel 4.1 diatas dapat dilihat bahwa pada tahun 2022 rumah sakit Bhirawa Bhakti Malang mengajukan klaim rawat inap sebanyak 1.299 dan 171 berkas mengalami *pending* klaim, sehingga didapatkan rata-rata berkas yang

dipending setiap bulannya sebanyak 13,16%. Pada bulan September terjadi angka kenaikan pending klaim BPJS Kesehatan yaitu dari 139 berkas yang diajukan 24 berkas mengalami pending klaim. Berikut faktor penyebab pending klaim setiap bulannya pada tahun 2022 sebagai berikut:

Tabel 4.2 Analisa Faktor Penyebab *Pending* Klaim BPJS Kesehatan

No	Bulan	Penyebab pending klaim
1.	Januari	Resume medis belum terlampir, laporan operasi tidak sesuai, penunjang tidak sesuai,
2.	Februari	Koding tidak sesuai, berkas tidak sesuai dengan berita acara kesepakatan
3.	Maret	Koding tidak sesuai, laporan tidak sesuai dan tidak dapat dibaca
4.	April	Koding tidak sesuai laporan tidak lengkap, berkas tidak sesuai dengan berita acara kesepakatan
5.	Mei	Berkas tidak lengkap, laporan tidak lengkap
6.	Juni	Resume belum terlampir, koding tidak sesuai, berkas tidak lengkap
7.	Juli	Tidak terdapat surat persetujuan rawat inap, laporan tidak dapat dibaca, laporan operasi tidak terlampir, laporan penunjang tidak terlampir
8.	Agustus	Laporan operasi tidak terlampir, laporan penunjang tidak terlampir, berkas tidak sesuai dengan berita acara kesepakatan
9.	September	Resume medis belum terlampir, kronologi kecelakaan tidak terlampir, laporan penunjang tidak sesuai, berkas tidak sesuai dengan berita acara kesepakatan
10.	Oktober	Resume medis belum terlampir, berkas tidak sesuai dengan berita acara kesepakatan
11.	November	Resume medis belum terlampir, laporan operasi tidak terlampir, laporan penunjang tidak terlampir
12.	Desember	Resume belum terlampir, koding tidak sesuai, tidak terdapat surat persetujuan rawat inap

Sumber: Data Sekunder, 2022

Dari tabel 4.2 dapat disimpulkan bahwa ketidaklengkapan berkas menjadi salah satu faktor penyebab *pending* klaim. Sebagian besar penyebab terjadinya pending klaim di rumah sakit Bhirawa Bhakti adalah tidak lengkap dalam pengisian rekam medis pasien, koding tidak sesuai dengan kaidah pengkodean, tidak terlampirnya surat persetujuan rawat inap, serta tidak tepatnya penatalaksanaan dengan diagnosa yang ada.

Ketidaklengkapan pengisian berkas klaim terjadi pada saat DPJP tidak melengkapi dalam pengisian resume medis sehingga berkas akan dikembalikan ke unit terkait untuk dilengkapi. Pengembalian berkas dapat memperlambat proses pelaksanaan pengajuan klaim karena harus menunggu berkas untuk dilengkapi sehingga mengakibatkan penumpukan berkas. Resume medis termasuk berkas persyaratan dengan presentase tertinggi yang dapat menyebabkan *pending* klaim. Hal ini juga didukung oleh pernyataan informan sebagai berikut:

“Berkas yang dikembalikan biasanya disebabkan karena berkasnya itu tidak lengkap kaya tanda tangan DPJP belum ada, kodingnya juga tidak sesuai, surat persetujuan rawat inap belum terlampir, kalau pasien dengan keadaan kecelakaan tapi kronologi kecelakaan tidak terlampir, hasil pemeriksaan penunjangnya juga tidak ada seperti itu jadi berkas harus dikembalikan ke unitnya” (W9-DV)

Berdasarkan petunjuk teknis verifikasi klaim tahun 2014 menyatakan bahwa kelengkapan dokumen untuk pengajuan klaim rawat inap yaitu surat perintah rawat inap, SEP, resume medis yang mencantumkan diagnosis dan prosedur serta ditandatangani oleh DPJP. Dalam hal ini sesuai dengan petunjuk teknis verifikasi klaim kelengkapan dokumen klaim menjadi salah satu persyaratan yang dibutuhkan pada saat pengajuan klaim. Apabila berkas klaim tidak lengkap dalam proses verifikasi dapat menyebabkan pengembalian berkas oleh BPJS Kesehatan. Ketidaksiuaian administrasi kepersertaan pada data di aplikasi INA CBGs juga menjadi faktor penyebab dikembalikannya berkas klaim di rumah sakit Bhirawa Bhakti Malang.

Di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti terjadinya kesalahan pengkodean yang dilakukan oleh koder disebabkan karena tulisan DPJP yang kurang jelas sehingga koder kesulitan dalam membacanya. Selain itu, banyaknya berkas yang dikembalikan menyebabkan berkas menumpuk sehingga berdampak pada ketidaktelitian petugas dalam pengkodean dan perbedaan persepsi antar koder juga dapat mempengaruhi kesalahan dalam proses pengkodean. Pengetahuan, keakuratan dan ketelitian koder terhadap aturan baru dan kaidah koding yang

berlaku sangat mempengaruhi pengkodean yang dapat menjadi faktor penyebab terjadinya *pending* klaim. Hal ini didukung oleh pernyataan informan sebagai berikut:

“Kesalahan koding biasanya karena tulisan DPJP yang sulit dibaca sama ada beberapa aturan pengkodean yang dibuat BPJS Kesehatan” (W11-DV)

Sejalan dengan penelitian (Rohman et al., 2021) menyatakan terjadinya *pending* klaim disebabkan oleh 3 faktor yaitu ketidaktepatan pemberian koding, ketidaklengkapan berkas dan diagnosa tidak sesuai dengan kriteria BPJS Kesehatan yang menjadi presentase faktor penyebab paling tinggi.

Pada penelitian (Astuti et al., 2021) kendala dalam penginputan proses klaim antara lain jaringan internet yang sering eror, ketidaklengkapan berkas, terjadi double berkas, keterlambatan berkas, salah koder, hasil penunjang tidak lengkap, dan tulisan dokter yang sulit untuk dibaca.

4.4 Dampak *Pending* Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang

Berkas klaim dinyatakan tidak lengkap oleh verifikator BPJS Kesehatan akan dikembalikan sehingga menyebabkan *pending* klaim. Di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti terjadinya *pending* klaim berdampak besar terhadap *cash flow* di rumah sakit sehingga dapat mempengaruhi indikator mutu pelayanan kesehatan. Keterlambatan dalam penerimaan pembayaran klaim sangat mempengaruhi kegiatan operasional di rumah sakit. Hal ini didukung oleh pernyataan informan yaitu sebagai berikut:

“Dampaknya itu pembayarannya terlambat jadi menunggu sampai cair pembayarannya disamping itu keterlambatan pembayaran juga ngaruh ke kegiatan operasional rumah sakit” (W14-DV)

Di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti terjadinya *pending* klaim memiliki dampak terhadap aspek kinerja petugas. Adanya berkas yang dikembalikan membuat petugas harus merevisi kembali. Selain itu, banyaknya berkas yang dikembalikan menyebabkan penumpukan berkas dan terjadinya keterlambatan dalam proses pelaksanaan pengajuan klaim. Dampak ini mempengaruhi beban kerja petugas sehingga menyebabkan petugas *double job*. Tugas yang seharusnya tidak menjadi bagiannya harus diselesaikan untuk mempercepat pengajuan klaim. Hal ini diperkuat oleh pernyataan informan yaitu sebagai berikut:

“Membuat tim casemix bekerja ulang dan menimbulkan beban kerja tambahan yang harus melakukan perbaikan berkas yang dikembalikan”
(W15-DV)

Keterlambatan dalam penerimaan pembayaran klaim sangat berpengaruh terhadap aspek keuangan di rumah sakit. Dampak tertundanya pembayaran menyebabkan ketidakseimbangan neraca keuangan antara pendapatan dan pengeluaran kas rumah sakit. Dampak ini mengakibatkan kerugian bagi rumah sakit karena rumah sakit telah memberikan pelayanan kesehatan akan tetapi pembayaran yang seharusnya terklaim terjadi tidak sesuai dengan yang semestinya. Hal ini diperkuat oleh pernyataan informan yaitu sebagai berikut:

“Kalau pembayaran klaim terlambat juga dapat mempengaruhi neraca keuangan rumah sakit bisa jadi rumah sakit juga rugi karena sudah memberikan pelayanan kepada pasien tetapi hasil yang dibayarkan tidak sesuai” (W16-DV)

Pending klaim mempengaruhi pada kegiatan operasional rumah sakit. Pembayaran klaim yang tertunda memberikan dampak pada kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien. Akibat pendapatan tidak mencukupi, kegiatan operasional menjadi terbatas yang berdampak pada ketersediaan obat-obatan serta sarana dan prasarana penunjang pelayanan kesehatan di rumah sakit yang dapat

mempengaruhi mutu rumah sakit. Hal ini didukung oleh pernyataan informan yaitu sebagai berikut:

“Dari segi manajemen rumah sakit terganggu dikarenakan pendapatan tidak sesuai, kegiatan operasional pun menjadi terbatas” (W17-DV)

Dalam hal ini dampak pending klaim yang terjadi di rumah sakit Bhirawa Bhakti Malang sangat mempengaruhi terhadap beberapa aspek di rumah sakit antara lain aspek keuangan, aspek operasional dan aspek kinerja petugas. Dampak pending klaim dapat menyebabkan rumah sakit mengalami kerugian yang cukup mendalam. Kegiatan yang telah dilakukan rumah sakit tidak mendapatkan hasil sesuai dengan pengeluaran yang dikeluarkan.

Sejalan dengan penelitian (Oktamianiza dan Reza, 2022) dampak rumah sakit akibat pending klaim yaitu terganggunya arus pendanaan rumah sakit yang mana rumah sakit telah memberikan pelayanan namun akibat pending pelayanan tersebut masih terpending dan belum bisa dibayarkan oleh BPJS Kesehatan. Pending klaim juga berdampak jasa medis petugas juga akan berkurang. Pending klaim juga menyita waktu petugas untuk merevisi kembali berkas yang pending agar dana pending bisa dicairkan.

4.5 Upaya Rumah Sakit Terkait Masalah *Pending* Klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti Malang

Pada era JKN pelaksanaan pengajuan klaim yang tepat membutuhkan manajemen yang baik, sehingga diperlukannya dukungan rumah sakit terhadap penyelenggaraan pelayanan yang dilakukan. Upaya terkait permasalahan pending klaim di Rumah Sakit Bhirawa Bhakti ialah petugas melakukan perbaikan terhadap berkas klaim yang dikembalikan sesegera mungkin dengan batas waktu maksimal 2 bulan. Rumah sakit juga melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan kegiatan pengajuan klaim kepada petugas casemix. Selain itu, petugas juga sakit berkoordinasi pada setiap bagian yang saling berkaitan. Hal ini didukung oleh pernyataan informan yaitu sebagai berikut:

“Melakukan perbaikan untuk berkas yang dipending sesegera mungkin dengan batas waktu maksimal itu 2 bulan dari klaim dipending.” (W18-KC)

“Kalau rumah sakit itu biasanya melakukan evaluasi kepada petugas bagian casemix disini sih” (W18-DV)

“... kita tim casemix juga saling berkoordinasi ...” (W19-C)

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 27 tahun 2014 tentang petunjuk teknis sistem INA CBGs menyatakan upaya yang dilakukan untuk mengatasi penyebab keterlambatan pada faktor *method* yaitu dengan cara rumah sakit membentuk tim BPJS Kesehatan yang bertugas untuk melakukan sosialisasi dan evaluasi. Hal ini sesuai dengan upaya pihak rumah sakit terhadap langkah yang diambil untuk mengatasi permasalahan pending klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit Bhirawa Bhakti Malang. Rumah sakit terus mengevaluasi kinerja petugas casemix untuk menekan angka kasus pending klaim yang terjadi.

Sejalan dengan penelitian (Rohman et al., 2021) upaya untuk mengatasi pending klaim akibat ketidaklengkapan berkas klaim, rumah sakit telah melakukan sosialisasi kepada seluruh bagian yang saling berhubungan dalam pelayanan pasien untuk memastikan seluruh hasil penunjang sudah terlampir dalam rekam medis pasien.

Berdasarkan penelitian (Pratama et al., 2020) Upaya yang dilakukan RSUD Dr. Soedirman Kebumen terkait masalah klaim BPJS Kesehatan yang tertunda, melakukan peningkatan kualitas SDM khususnya petugas coding dengan mengadakan pelatihan serta sosialisasi mengenai pembaharuan kebijakan terkait klaim. Pengoptimalan kegiatan dengan dibuatnya SPO terkait klaim agar dapat meminimalisir kejadian pending klaim.