

Analisis Manajemen Penyelesaian Pending Klaim Kasus Fragmentasi di RSUD Budhi Asih

Rula Afrilia Padila Putri, Muhammad Fuad Iqbal

Universitas Esa Unggul, Jakarta

ABSTRACT

Background of Study : Fragmentation refers to repeated outpatient visits for the same diagnosis within a period of less than seven days. This condition often creates administrative issues because the BPJS Health claim system considers it as a single episode of care, resulting in pending claims. The accumulation of pending claims leads to payment delays and increases the hospital's financial burden.

Methods : This study applied a mixed methods approach with an explanatory sequential design. Quantitative data were obtained from outpatient pending claims from May to July 2023 at Budhi Asih Regional Hospital, while qualitative data were collected through interviews with registration officers, coders, and the head of the medical records unit. Data were analyzed descriptively and interpreted using the 5M framework (Man, Method, Machine, Money, and Material).

Results : There were 31 fragmentation cases out of 444 pending outpatient claims, showing a fluctuating trend with the highest rate in June 2023 (11.1%). The main causes included limited staff training, absence of specific SOPs, incomplete SIMRS features, delayed annual funding, and patients' noncompliance with visit schedules. These issues resulted in claim payment delays and increased the hospital's financial burden.

Conclusion : Resolving pending fragmentation claims requires improving staff competence, enhancing information systems, and establishing SOP-based coordination across departments. Sustainable funding and digital innovation are essential to reduce pending claims and improve administrative efficiency at Budhi Asih Regional Hospital.

Keywords : Fragmentation; Pending Claims; Outpatient; 5M

Korespondensi : Rula Afrilia Padila Putri, Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Universitas Esa Unggul, Jl. Arjuna Utara No.9, Duri Kepa, Kec. Kb. Jeruk, Kota Jakarta Barat, Daerah Khusus Ibukota Jakarta, Indonesia, 081382602510, rullafrillia29@gmail.com

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan salah satu fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut yang memiliki tanggung jawab besar dalam mendukung tercapainya tujuan pembangunan kesehatan nasional (Permenkes RI, 2020). Sebagai instansi yang menyediakan layanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat, rumah sakit diharapkan mampu memberikan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien, dan berkualitas. Salah satu tantangan utama dalam layanan kesehatan di Indonesia adalah pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), yang mengatur pembayaran berbasis prospektif menggunakan sistem Indonesia Case-Based Groups (INA-CBGs) (Harnaning, 2016).

Sistem INA-CBGs diterapkan untuk memastikan pengelolaan biaya kesehatan yang efisien dengan mengelompokkan diagnosis dan prosedur berdasarkan kesamaan klinis dan penggunaan sumber daya (Permenkes RI., 2014). Namun, penerapan sistem ini tidak terlepas dari kendala administratif, salah satunya adalah masalah klaim pending. Klaim pending terjadi ketika berkas pengajuan klaim tidak memenuhi syarat atau membutuhkan dokumen tambahan untuk diverifikasi. Salah satu penyebab signifikan dari klaim pending adalah kasus fragmentasi (Putra dkk., 2023).

Fragmentasi, sesuai dengan definisi yang diberikan oleh Kementerian Kesehatan RI,

merujuk pada kunjungan berulang pasien rawat jalan dengan diagnosis serupa dalam kurun waktu kurang dari tujuh hari (Permenkes RI, 2021a). Fragmentasi sering kali disebabkan oleh jadwal kontrol yang berdekatan atau pasien yang mendapatkan layanan di lebih dari satu klinik pada hari yang sama, seperti dari Instalasi Gawat Darurat (IGD) ke poli spesialis (Peraturan BPJS Kesehatan RI No 3, 2017). Meskipun fragmentasi dapat dianggap sebagai proses layanan berkelanjutan, dalam sistem klaim BPJS, kasus ini sering kali tidak memenuhi syarat untuk diklaim karena dianggap sebagai satu episode layanan (Permenkes RI, 2021a).

Kasus fragmentasi dapat berdampak signifikan terhadap keuangan rumah sakit. Klaim yang tidak dapat diverifikasi atau disetujui oleh BPJS Kesehatan menambah beban biaya operasional rumah sakit, terutama pada rumah sakit pemerintah yang bergantung pada sistem pembayaran ini (BPJS, 2014). Selain itu, fragmentasi juga mencerminkan adanya kendala pada pengelolaan internal rumah sakit, termasuk kurangnya koordinasi antarunit, keterbatasan sumber daya manusia (SDM), dan tidak adanya sistem informasi yang memadai untuk mendeteksi dan mencegah terjadinya kasus tersebut (Maisyarah, Fitria dan Fajariyah, 2014).

Dampak dari klaim yang pending akan menyebabkan proses jalannya keuangan rumah sakit terganggu karena, adanya kendala pada proses pembayaran klaim asuransi ke BPJS. Rumah sakit umum daerah banyak menerima pasien dengan menggunakan asuransi kesehatan BPJS oleh karena itu hal ini dapat menimbulkan kerugian bagi rumah sakit pemerintah dengan adanya proses klaim yang tertunda, sehingga mengalami kerugian akibat ketidaktepatan pada proses pembiayaan layanan dengan jumlah klaim yang akan dibayarkan (Puspaningsih, Suryawati dan Asro, 2022).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Latifah Maulina dan Putri Anita Setiya pada Rumah Sakit Panti Wilasa dr. Cipto Semarang jumlah klaim rawat jalan BPJS Kesehatan pada semester II tahun 2019 terdapat 111.145 berkas yang diajukan rumah sakit. Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, jumlah klaim rawat jalan RS Panti Wilasa dr. Cipto Semarang yang ditunda oleh BPJS kesehatan pada semester II tahun 2019 yaitu terdapat 11.409 berkas (bulan Juli dengan jumlah 777 berkas (7%), bulan Agustus dengan jumlah 1.543 berkas (14%), bulan September dengan jumlah 3.276 berkas (29%), bulan Oktober dengan jumlah 3.221 berkas (28%), bulan November dengan jumlah 1.442 berkas (13%), dan bulan Desember dengan jumlah 1.150 berkas (10%). hal ini dikarenakan ketidaktepatan kode diagnosis dengan koding INA CBG's, terdapatnya ketidaklengkapan prosedur dan terapi serta ketidaklengkapan tanda tangan DPJP (Maulina dan Setiya, 2021).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Rahayu Tiny, Tika Mia Rahma, Lestariyowidodo Sapta pada rumah sakit X, terdapat (1%) 4027 pasien dengan 38 kasus fragmentasi pada bulan Januari, (1%) 33 kasus fragmentasi dari 3.995 pasien pada bulan febuari dan terdapat (1%) 24 berkas dari 3.832 pasien pada bulan maret. Kasus klaim fragmentasi pada Pasien Rawat Jalan yang rata-rata terjadi akibat jadwal kontrol pasien rawat jalan yang berdekatan atau bisa juga disebut dengan fragmentasi atau (Service unbundling / breakdown of treatment episode) (Rahayu, Mia dan Lestariyowidodo, 2022).

RSUD Budhi Asih, sebagai salah satu rumah sakit tipe B pendidikan di Jakarta Timur, menghadapi tantangan serupa dalam pengelolaan klaim BPJS. Berdasarkan observasi awal, rumah sakit ini memiliki rata-rata kunjungan rawat jalan sebanyak 637 pasien per hari. Pada periode Mei hingga Juli 2023, tercatat sebanyak 444 klaim pending rawat jalan, di mana 31 kasus di antaranya disebabkan oleh fragmentasi. Persentase klaim fragmentasi pada bulan Juni mencapai 11,1%, menunjukkan tingginya frekuensi kasus ini dibandingkan bulan lainnya. Temuan ini menunjukkan bahwa kasus fragmentasi memerlukan perhatian khusus untuk

memastikan pengelolaan klaim yang lebih efisien dan sesuai dengan regulasi.

Dalam menghadapi masalah tersebut, berbagai faktor dapat memengaruhi terjadinya klaim pending, yang dapat dikategorikan berdasarkan elemen 5M: *Man* (Manusia), *Method* (Metode), *Machine* (Mesin), *Money* (Uang), dan *Materials* (Bahan). Kurangnya pelatihan bagi petugas, ketidakefisienan sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS), serta tidak adanya standar operasional prosedur (SOP) yang jelas terkait fragmentasi menjadi faktor penyebab utama. Selain itu, dampak finansial dari klaim pending juga menjadi tantangan besar, karena klaim yang tidak terbayarkan dapat menghambat operasional rumah sakit.

Penelitian ini dilakukan untuk menganalisis manajemen penyelesaian klaim pending kasus fragmentasi di RSUD Budhi Asih. Dengan menggunakan pendekatan *mixed method*, penelitian ini menggabungkan data kuantitatif untuk menggambarkan tren klaim pending dan data kualitatif untuk mengidentifikasi penyebab serta solusi potensial berdasarkan wawancara dengan petugas dan manajemen rumah sakit (Creswell dan Creswell, 2014). Penelitian ini diharapkan dapat memberikan rekomendasi praktis bagi RSUD Budhi Asih dalam mengelola klaim fragmentasi, serta menjadi referensi bagi rumah sakit lain yang menghadapi masalah serupa.

METODE PENELITIAN

Penelitian menggunakan metode *mixed method* dengan pendekatan *explanatory sequential design* artinya tidak hanya ingin mengetahui hasil secara statistik namun juga memahami atau menganalisis alasan dibalik hasil, tujuannya untuk memberikan gambaran yang mendalam. Pendekatan kuantitatif digunakan untuk menganalisis data klaim pending dari Mei hingga Juli 2023, sedangkan pendekatan kualitatif melibatkan wawancara dengan petugas rekam medis dan manajemen rumah sakit. Populasi penelitian meliputi 444 data klaim pending rawat jalan di RSUD Budhi Asih yang terletak di Jl. Dewi Sartika III No.200, RT.1/RW.3, Cawang, Kec. Kramat jati, Kota Jakarta Timur, Daerah Khusus Ibukota Jakarta, pada periode Mei-Juli 2023, serta petugas terkait di unit rekam medis. Teknik *total sampling* digunakan pada penelitian kuantitatif, sementara penelitian kualitatif melibatkan lima informan utama: dua petugas pendaftaran, dua petugas coding, dan kepala unit rekam medis. Teknik Pengumpulan data menggunakan observasi dan wawancara. Analisis kuantitatif menggunakan distribusi frekuensi, sedangkan analisis kualitatif melalui tahap reduksi data, penyajian, dan penarikan kesimpulan. Data kuantitatif memberikan gambaran tren klaim pending, sedangkan data kualitatif mengidentifikasi tantangan dan solusi berdasarkan wawancara.

Tabel 1. Karakteristik Informan (Petugas) pada Unit Rekam Medis

Jabatan	Kode Informan	Jenis Kelamin	Usia	Pendidikan Terakhir	Masa Kerja
PJ Pendaftaran Rawat Jalan	IF1	Perempuan	45	D3 Perumahsakitan	16 Tahun
Petugas Pendaftaran Rawat Jalan	IF2	Laki-Laki	37	D3 Manajemen Informatika	6 Tahun
Koder Rawat Jalan dan Rawat Inap	IF3	Perempuan	30	D3 RMIK	8 Tahun
Koder Rawat Jalan dan Rawat Inap	IF4	Laki-Laki	34	D3 RMIK	8 Tahun
Kepala Rekam Medis	IF5	Laki-Laki	34	D3 RMIK	8 Tahun

Dari 5 petugas terbanyak berjenis kelamin laki-laki, dengan rentan usia 30 hingga 45 tahun, dan 3 (tiga) orang lulusan RMIK, dengan masa kerja terlama yaitu 16 tahun.

HASIL

Bagian ini memaparkan hasil penelitian mengenai kasus klaim pending fragmentasi pada pasien rawat jalan di RSUD Budhi Asih.

Data Klaim Pending Rawat Jalan Kasus Fragmentasi

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan terhadap data klaim pending kasus fragmentasi pasien rawat jalan di RSUD Budhi Asih terhadap data pending rawat jalan pada bulan Mei-Juli tahun 2023 sebanyak 31 dari 444 data klaim pending rawat jalan.

Tabel 2. Persentase Pending Fragmentasi

Bulan	Pending Klaim Fragmentasi	Total Pending Klaim Rawat Jalan	Presentase
Mei 2023	4	116	3,4
Juni 2023	20	180	11,1
Juli 2023	7	148	4,72

Tabel 2, menunjukkan bahwa terdapat klaim pending pasien rawat jalan, pada bulan Mei sebanyak 116 dengan 4 (3,4%) data pending kasus fragmentasi, pada bulan Juni sebanyak 180 dengan 20 (11,1%) data pending kasus fragmentasi dan pada bulan Juli sebanyak 148 dengan 7 (4,72%) data pending kasus fragmentasi.

Tabel 3. Contoh Keterangan Pending Klaim Kasus Fragmentasi

No	No RM	Tanggal Pendaftaran	Keterangan di Pending
1.	00*****76	05-06-2023	Masuk IGD karena dispepsia, pada hari yang sama masuk ke klinik rehab medik;
2.	00*****15	14-06-2023	Masuk IGD karena hemiplegi, pada hari yang sama masuk ke klinik jantung;
3.	00*****08	13-06-2023	Masuk IGD karena GEA, pada hari yang sama masuk ke klinik rehab medik;
4.	00*****76	23-06-2023	Masuk IGD karena GERD, pada hari yang sama masuk ke klinik penyakit dalam;
5.	00*****06	21-06-2023	Masuk IGD karena dehidrasi, pada hari yang sama masuk ke klinik anak.

Berdasarkan Tabel 3, terlihat jika pasien mendaftar pada dua jenis layanan dirumah sakit, baik klinik atau IGD pada hari yang sama dianggap sebagai irisan rawat jalan tidak layak karna dihitung sebagai satu episode klaim, sehingga jika ada dua SEP (Surat Eligibilitas Peserta) dalam satu hari maka RS hanya bisa mengajukan klaim salah satu saja.

Manajemen Penyelesaian Fragmentasi

Fragmentasi merupakan kunjungan berulang rawat jalan di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan yaitu pelayanan kesehatan yang mencakup: (1) administrasi pelayanan; (2) pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis dasar; (3) pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi spesialisik; (4) tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun nonbedah sesuai dengan indikasi medis, dll. Jadi bisa dikategorikan bahwa fragmentasi termasuk pada bagian pending administrasi di rumah sakit (Perpres RI, 2018).

Faktor Penyebab dan Penyelesaian Pending Kasus Fragmentasi Berdasarkan Triangulasi Sumber (5M) di RSUD Budhi Asih

Hasil analisis berikut memaparkan faktor-faktor penyebab berdasarkan 5M serta langkah penyelesaian yang dilakukan di RSUD Budhi Asih.

Faktor Man (Sumber Daya Manusia)

"Pasien yang berobat kembali dalam kurun waktu kurang dari tujuh hari pada diagnosis atau klinik yang sama." (IF1)

"Tidak ada sosialisasi atau paparan dari pihak manajemen mengenai kasus fragmentasi, kami hanya mendapatkan pelatihan hospitality." (IF2)

"Fragmentasi ada yang kronis dan nonkronis, tetapi kalau kronis tidak masuk fragmentasi sesuai PMK 26. Namun sistem belum bisa memilah otomatis." (IF3)

"Kami ada pelatihan koding dan penjaminan klaim, tapi belum pernah pelatihan khusus fragmentasi." (IF4)

"Pending terbagi dua: medis dan nonmedis. Untuk fragmentasi kronis masih bisa diklaim asal argumentasi medisnya kuat. Tapi SDM kami terbatas, jadi ada pekerjaan yang tertunda." (IF5)

Dari ketiga jenis informan (IF1-IF5), dapat disimpulkan bahwa seluruh petugas memahami definisi fragmentasi dengan baik, namun belum ada sosialisasi resmi dan pelatihan khusus. Petugas juga terbatas jumlahnya, sehingga pekerjaan pending sering tertunda. Triangulasi dokumen (SOP dan laporan internal) memperkuat bahwa belum terdapat kebijakan resmi mengenai fragmentasi. Sehingga faktor "Man" menjadi penyebab karena kurangnya sosialisasi dan keterbatasan SDM.

Upaya Penyelesaian

IF5 menjelaskan bahwa telah dilakukan peningkatan kapasitas SDM melalui pelatihan luar rumah sakit minimal dua kali setahun serta utilization review harian untuk memperbaiki kesalahan koding. IF5 juga menyebut adanya penarikan tenaga tambahan dari unit lain untuk membantu penyelesaian klaim tertunda. Triangulasi menunjukkan bahwa penyelesaian dilakukan melalui penguatan pelatihan dan redistribusi tenaga kerja.

Faktor Method (Metode Kerja dan Prosedur)

"Tidak ada konfirmasi dari manajemen untuk memonitoring kasus fragmentasi karena belum ada SPO." (IF1)

"Kami memeriksa apakah pasien lama atau baru, tapi sistemnya belum otomatis. Kadang kami beri catatan ke pendaftaran." (IF3)

"Belum ada SPO khusus, jadi petugas melakukan pengecekan manual sesuai pengalaman." (IF5)

Ketiga kelompok informan sepakat bahwa belum ada SOP atau panduan resmi mengenai prosedur pengecekan fragmentasi, sehingga setiap unit bekerja dengan interpretasi masing-masing. Faktor metode menjadi penyebab karena kurangnya standarisasi proses kerja.

Upaya Penyelesaian

Menurut IF3-IF5, solusi dilakukan dengan menyusun SOP baru untuk pengecekan history visit, kode kontrol, dan koordinasi lintas bagian (koding, verifikator, penata rekening). Triangulasi menunjukkan bahwa perbaikan metode dilakukan melalui penetapan SOP dan koordinasi antarunit.

Faktor Machine (Sistem dan Teknologi Informasi)

“Tidak ada notifikasi SIMRS untuk kasus fragmentasi.” (IF2)

“Sistem belum bisa mendeteksi pasien yang datang kembali sebelum tujuh hari.” (IF4)

“Sistem RME belum selesai, fitur notifikasi belum tersedia, dan perangkat kami sudah tua.” (IF5)

Semua informan konsisten bahwa sistem SIMRS tidak memiliki fitur deteksi otomatis untuk fragmentasi dan masih banyak kendala teknis seperti lemot dan error. Faktor mesin menjadi penyebab karena kelemahan sistem dan keterbatasan perangkat.

Upaya Penyelesaian

IF5 menyebutkan bahwa pihaknya telah mengajukan perbaikan sistem ke tim IT agar ada notifikasi otomatis dan penguncian SEP. IF1–IF2 menambahkan bahwa koordinasi dengan tim IT dilakukan setiap kali ada error. Triangulasi menunjukkan bahwa perbaikan dilakukan melalui pengembangan sistem dan pembaruan sarana (komputer, printer) yang direncanakan pada 2025.

Faktor Money (Pendanaan)

“Pendanaan RSUD berbasis tahunan, jadi jika ada kebutuhan mendadak seperti perbaikan SIMRS, harus menunggu tahun depan.” (IF5)

Bukti dari laporan keuangan mendukung pernyataan IF5 bahwa keterlambatan perbaikan sistem disebabkan oleh siklus penganggaran tahunan. Faktor money menjadi penyebab karena keterbatasan fleksibilitas anggaran.

Upaya Penyelesaian

Menurut IF5, saat ini RSUD Budhi Asih sedang dalam tahap pengembangan Rekam Medis Elektronik (EMR) dengan dukungan pendanaan khusus. Triangulasi menunjukkan bahwa penyelesaian dilakukan melalui alokasi dana khusus dan perencanaan anggaran tahunan yang lebih terarah.

Faktor Material (Pasien dan Dokumen)

“Kesalahan sering dari pasien yang datang sebelum tanggal kontrol, atau berpindah klinik dengan diagnosis sama.” (IF5)

Seluruh data mendukung bahwa ketidakpatuhan pasien terhadap jadwal kontrol merupakan penyebab dominan fragmentasi. Faktor material menjadi penyebab karena perilaku pasien dan kesalahan administratif.

Upaya Penyelesaian

IF5 menjelaskan bahwa rujukan pasien kini dibatasi maksimal tujuh hari, dan jika slot penuh akan dijadwalkan ulang. Triangulasi menunjukkan bahwa penyelesaian dilakukan dengan pembatasan jadwal rujukan dan edukasi pasien.

PEMBAHASAN

Pembahasan ini menganalisis penyebab dan upaya penyelesaian pending klaim fragmentasi di RSUD Budhi Asih dengan pendekatan unsur manajemen 5M (*Man, Method, Machine, Money, dan Material*).

Pending Kasus Fragmentasi di RSUD Budhi Asih

Kasus pending klaim fragmentasi di RSUD Budhi Asih pada periode April-Juli 2023 menunjukkan adanya ketidakstabilan data dengan total 37 kasus (9,8%) dari 444 klaim pending rawat jalan. Kasus tertinggi terjadi pada bulan Juni dengan 20 kasus, sedangkan terendah pada bulan Mei dengan 4 kasus. Fluktuasi ini mengindikasikan belum optimalnya sistem pencegahan fragmentasi dan pengelolaan klaim di rumah sakit. Menurut (Supriadi & Putri Ifthitha A, 2022), kondisi serupa juga ditemukan di Rumah Sakit X Tangerang Selatan, di mana jenis pending tertinggi adalah fragmentasi sebesar 84,1% dari total klaim pending, yang menyebabkan beban finansial karena berkas yang tidak memenuhi syarat tidak dapat ditagihkan ke BPJS Kesehatan.

Penelitian (Sitorus dkk., 2022) di RSUD Dr. R.M. Djoelham Binjai juga menunjukkan potensi fragmentasi sebesar 7,14% pada periode Januari-Februari 2021. Sementara itu, penelitian (Santosa, 2022) di Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya menemukan bahwa 10% dari berkas tidak layak klaim disebabkan oleh fragmentasi atau unbundling. Hasil pada penelitian tersebut di atas memperlihatkan bahwa fragmentasi bukan hanya masalah internal di RSUD Budhi Asih, tetapi juga fenomena umum di berbagai rumah sakit di Indonesia.

Perbandingan hasil penelitian di beberapa rumah sakit tersebut menunjukkan bahwa kasus fragmentasi berkisar antara 7% hingga 84%, dengan RSUD Budhi Asih berada pada kisaran menengah yaitu 9,8%. Hal ini membuktikan bahwa pending klaim akibat fragmentasi masih menjadi tantangan besar dalam sistem pembiayaan kesehatan nasional. Menurut (Permenkes RI, 2021), fragmentasi didefinisikan sebagai kunjungan berulang pasien rawat jalan pada diagnosis yang sama dalam kurun waktu kurang dari tujuh hari, yang berpotensi menyebabkan klaim tidak layak bayar.

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 dan Nomor 26 Tahun 2021, satu episode rawat jalan adalah satu rangkaian pelayanan kesehatan yang diberikan pada hari yang sama, sehingga kunjungan berulang dalam periode kurang dari tujuh hari dianggap satu episode perawatan. Oleh karena itu, rumah sakit perlu memperkuat manajemen klaim, memperjelas prosedur verifikasi, serta memperbaiki sistem informasi agar dapat mendeteksi potensi fragmentasi sejak awal. Menurut pedoman (BPJS, 2014), klaim yang tidak memenuhi ketentuan akan dikembalikan ke rumah sakit untuk dilengkapi kembali, sehingga keakuratan dan kelengkapan berkas menjadi kunci dalam mencegah pending klaim fragmentasi.

Faktor-Faktor Penyebab dan Menganalisis Penyelesaian Pending Kasus Fragmentasi di RSUD Budhi Asih Menggunakan Unsur 5M

Berdasarkan hasil penelitian di Rumah Sakit Umum Daerah Budhi Asih dengan identifikasi unsur manajemen 5M (*Man, Method, Money, Machine, dan Material*) didapatkan beberapa faktor yang menyebabkan masih terdapatnya pending klaim kasus fragmentasi pada pendaftaran rawat jalan di RSUD Budhi Asih yaitu sebagai berikut:

Man (Manusia)

Faktor manusia menjadi unsur paling penting dalam manajemen (Faida dan Muhadi, 2019). Kurangnya tenaga rekam medis serta belum adanya pelatihan khusus menyebabkan keterlambatan penginputan klaim pending. Sistem pendaftaran juga belum diperbarui untuk mengunci kasus fragmentasi secara otomatis. Hal ini sejalan dengan temuan (Rizaldi, 2017) di RSUD Blambangan, bahwa keterbatasan SDM coding dan kurangnya pelatihan berdampak pada lambatnya pengelolaan klaim. Oleh karena itu, perlu adanya

penambahan petugas dan pelatihan rutin minimal dua kali setahun untuk meningkatkan efektivitas penyelesaian klaim pending.

Method (Metode)

Ketiadaan pedoman dan pengawasan menyebabkan petugas tidak selalu memeriksa riwayat kunjungan pasien. Belum adanya SOP khusus membuat prosedur penyelesaian klaim belum standar (Siswati, 2018). Hal ini sejalan dengan penelitian (Tarigan Immanuel Natanael,dkk., 2022) yang menyebutkan bahwa belum tersedianya SOP pemrosesan klaim BPJS menimbulkan ketidakteraturan prosedur. Diperlukan penerapan SOP khusus dan koordinasi rutin antara unit rekam medis dan manajemen agar setiap petugas dapat bekerja sesuai standar dan melakukan pengecekan riwayat kunjungan pasien secara konsisten.

Machine (Mesin)

Sistem informasi rumah sakit (SIMRS) berperan penting dalam mendukung pelayanan (Permenkes RI, 2022). Namun, di RSUD Budhi Asih sistem belum dilengkapi notifikasi otomatis untuk mendeteksi pasien dengan diagnosis sama dalam waktu tujuh hari. Selain itu, kondisi komputer dan printer yang sudah lama menghambat kinerja petugas. Temuan ini sesuai dengan penelitian (Wiguna, 2020), yang menyebutkan gangguan jaringan dan perangkat lambat menjadi kendala utama pengentrian klaim. Oleh karena itu, dibutuhkan pembaruan sistem SIMRS dan peningkatan koordinasi antara petugas rekam medis dan tim IT untuk mengoptimalkan fungsi deteksi dini fragmentasi.

Money (Uang)

Pendanaan menjadi faktor penting dalam pelaksanaan kegiatan unit rekam medis (Siswati, 2018). Pendanaan sistem SIMRS pada RSUD Budhi Asih mengikuti siklus tahunan RKAT (Rencana Kerja dan Anggaran Tahunan), sehingga pengadaan atau perbaikan sistem harus menunggu tahun anggaran berikutnya (Pemprov DKI Jakarta, 2016). Kepala rekam medis perlu melakukan pemantauan dan pengajuan kebutuhan secara berkala agar pendanaan dapat diakomodasi tepat waktu.

Material

Faktor material mencakup kelengkapan berkas pasien, surat rujukan, dan surat kontrol (Hutauruk dan Gurning, 2019). Beberapa pasien masih mendaftar sebelum tanggal kontrol yang ditentukan, menyebabkan terjadinya pending klaim karena dianggap kunjungan berulang. Hal ini serupa dengan temuan (Fitriyani & Wolor, 2023) di RSUD Koja yang menunjukkan bahwa ketidaksesuaian jadwal kontrol pasien berdampak pada verifikasi klaim. Petugas perlu memberikan edukasi kepada pasien mengenai ketentuan masa kunjungan sesuai PMK No. 26 Tahun 2021 agar kasus serupa dapat diminimalkan.

Dampak Keuangan Rumah Sakit Jika Pending Tidak Terklaim

Kasus pending klaim merupakan permasalahan yang sering terjadi di rumah sakit dan berdampak langsung pada kondisi keuangan (Yastori, 2022). Klaim yang belum dibayar oleh BPJS di RSUD Budhi Asih menyebabkan rumah sakit harus menanggung biaya operasional yang telah dikeluarkan, sehingga terjadi selisih antara pengeluaran dan pendapatan. Beberapa klaim bahkan dinyatakan tidak layak bayar karena ketidaksesuaian dokumen seperti berita acara yang tidak memenuhi syarat, sehingga rumah sakit tidak memperoleh penggantian atas layanan yang telah diberikan.

Penelitian oleh (Afriani Feni, dkk., 2022) di RSKIA Sadewa Yogyakarta, juga menunjukkan bahwa klaim yang tertunda tidak dapat dibayar sebelum direvisi dan diajukan kembali pada

periode berikutnya. Sementara klaim yang tidak layak tidak dapat dikembalikan sama sekali, sehingga menimbulkan potensi kerugian bagi rumah sakit. Dalam proses klaim, petugas Casemix atau Koding memiliki peran penting dalam menentukan kelayakan klaim berdasarkan berita acara dari BPJS Kesehatan untuk memastikan pengajuan klaim dilakukan sesuai ketentuan.

SIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa kasus fragmentasi merupakan salah satu penyebab utama terjadinya klaim pending pada layanan rawat jalan di RSUD Budhi Asih. Berdasarkan analisis dengan kerangka 5M, ditemukan bahwa faktor penyebabnya meliputi kurangnya sosialisasi dan pelatihan bagi petugas, belum optimalnya penerapan SOP, keterbatasan fitur pada SIMRS, kendala pendanaan, serta ketidakpatuhan pasien terhadap jadwal kunjungan. Kondisi tersebut berdampak pada keterlambatan pembayaran klaim dan menurunnya efisiensi keuangan rumah sakit.

Upaya perbaikan perlu dilakukan melalui peningkatan kompetensi dan koordinasi antarunit, pembaruan sistem informasi rumah sakit, serta penyusunan SOP khusus untuk menangani kasus fragmentasi. Disarankan agar manajemen rumah sakit melakukan sosialisasi rutin dan monitoring terhadap petugas rekam medis, memperkuat sistem notifikasi pada SIMRS untuk mendeteksi kasus fragmentasi lebih awal, serta memperbaiki sarana dan prasarana agar pelayanan administrasi klaim semakin efisien dan adaptif terhadap perkembangan teknologi digital.

DAFTAR PUSTAKA

- Afriani Feni, Yani, N.A. dan Sugeng (2022) "Analisis Penyebab Pending Dan Tidak layak Berkas Klaim Rawat Jalan Jaminan Kesehatan Nasional(Jkn) Di RS Kia Sadewa Yogyakarta Tahun 2022," Jurnal Permata Indonesia, 13(2), hlm. 107–115.
- BPJS, 2014 (2014) "JUKNIS Verifikasi Klaim," Direktorat Pelayanan, hlm. 5.
- Creswell, J.W. dan Creswell, J.D. (2014) *Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches (5th ed.)*. 5 ed, Acht grafvondsten van de Veluwe klobbegergroep als uitgangspunt voor chronologische beschouwingen over de relaties saalisch-böhmische Schnurkeramik, Enkelgrafcultuur, Klobbeker-Oostgroep en Nederlands-Westduitse klobbegergroepen. 5 ed. Thousand Oaks: Barkhuis. Tersedia pada: <https://doi.org/10.2307/j.ctt2204s7w.11>
- Faida dan Muhadi (2019) Dasar dan Organisasi Manajemen Unit kerja Rekam Medis, Bappeda.
- Fitriyani, D. dan Wolor, C.W. (2023) "Analisis Sistem Pelayanan Rawat Jalan di Rumah Sakit Umum Daerah Koja Dinda Fitriyani Christian Wiradendi Wolor Marsofiyati kesehatan yang cenderung mahal , sedangkan masyarakat yang berpenghasilan masih mengenai pelayanan rawat jalan kepada 20 pasien Rum," Jurnal Manajemen Administrasi Bisnis dan Publik Terapan, 1(4), hlm. 107–118.
- Harnaning, W. (2016) "(BPJS) In Health With Business Process Reengineering Approach : A Case Study At Government Hospital In," 10, hlm. 9–17.
- Hutauruk, P.M. dan Gurning, M.M.Br. (2019) "Faktor Faktor Penghambat-Pelayanan Di Tempat Pendaftaran Pasien BPJS Rawat Jalan Di Rumah Sakit Sari Mutiara, Lubuk Pakam Tahun 2019," 4(2), hlm. 668–674.
- Maisyarah, Fitria, F. dan Fajariyah, R. (2014) "Ruang Lingkup Administrasi Kebijakan Kesehatan," Dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat [Preprint], (70200121099).
- Maulina, L. dan Setiya, P.A. (2021) Trend Pending Klaim Rawat Jalan BPJS Kesehatan RS. Panti Wilasa Dr. Cipto Semarang, Jurnal Ilmiah Penelitian Kesehatan.
- Pemprov DKI Jakarta (2016) "RSUD Budhi Asih Catatan Atas Laporan Keuangan," 2021, hlm.

- 1–23.
- Peraturan BPJS Kesehatan RI No 3 (2017) “Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 3 Tahun 2017 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional,” Direktur Utama BPJS, 53(9), hlm. 1689–1699.
- Permenkes RI. (2014) “Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem INA CBGs.”
- Permenkes RI (2020) “Permenkes No 3 Tahun 2020 Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit,” Tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit, (3), hlm. 1–80.
- Permenkes RI (2021a) “Permenkes No 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan,” Permenkes 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (Ina-Cbg’S) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan, hlm. 1–56.
- Permenkes RI (2021b) “Permenkes No 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan,” Permenkes 26 Tahun 2021 Tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (Ina-Cbg’S) Dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan, hlm. 1–56.
- Permenkes RI (2022) “Permenkes 18,” Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 18 Tahun 2022 Tentang Penyelenggaraan Satu Data Bidang Kesehatan Melalui Sistem Informasi Kesehatan, (848), hlm. 1–11.
- Perpres RI (2018) “Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan,” Undang-Undang, (1), hlm. 1–74.
- Puspaningsih, M., Suryawati, C. dan Asro, S.P. (2022) “Evaluasi Administrasi Klaim BPJS Kesehatan Dalam Menurunkan Klaim Pending,” Jurnal Ilmiah Indonesia, 7(1), hlm. 1–12.
- Putra, D.H. dkk. (2023) “Faktor Yang Berpengaruh Dalam Penggunaan Sistem INA CBGs Di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi,” 8(2), hlm. 156–164.
- Rahayu, T., Mia, R.T. dan Lestariyowidodo, S. (2022) “KESANS: International Journal Of Health and Science e-ISSN : 0000, p-ISSN : 0000,” 1(4), hlm. 22–27.
- Rizaldi, Y. (2017) “Keterlambatan Pengajuan Klaim Pelayanan Rawat Jalan Pasien BPJS Kesehatan Di RSUD Blambangan Tahun 2017. 2018.,” Digital Repository Universitas Jember, hlm. 1–112.
- Santosa, B.A. (2022) “Tinjauan Faktor-Faktor Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit Pusat Angkatan Laut Dr. Ramelan Surabaya.”
- Siswati (2018) “Manajemen Unit Kerja II, Perancangan SDM Unit Kerja RMIK,” 6(1), hlm. 51–66.
- Sitorus, M.I. dkk. (2022) “Tinjauan Peranan Koder Dalam Pengajuan Berkas Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di RSUD DR. R.M. Djoelham Kota Binjai,” Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI), 7(1), hlm. 56–64.
- Supriadi dan Putri Ifthitha A (2022) “Gambaran Umum Claim Return Rawat Jalan RS JKN X di.”
- Tarigan Immanuel Natanael, Dwi, L.F. dan Surya, D.A. (2022) “Penundaan Pembayaran Klaim Jaminan Kesehatan Nasional Oleh Bpjs Kesehatan Di Indonesia: Sebuah Scoping Review,” Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia, 7(2), hlm. 108.
- Wiguna, A.S. (2020) “Tinjauan Penyebab Unclaimed Berkas Pasien BPJS Pada Rawat Jalan,” Jurnal ilmiah perekam dan informasi kesehatan imelda, 5(1), hlm. 72–79.
- Yastori (2022) “Aanalisis Kasus Pending Klaim Di Rumah Sakit,” hlm. 1–7.