

EVALUASI PELAKSANAAN VEDIKA TERHADAP EFEKTIVITAS PELAYANAN BPJS KESEHATAN DI RSUD AL IHSAN DENGAN FISHBONE DIAGRAM

Pasya Risdiani Fadillah¹, Matocari Soelistijaningroem², Yayang Ayu Nuraeni³

^{1,2,4}Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan

¹Politeknik Piksi Ganesha, Jl. Jend. Gatot Soebroto No. 301 Bandung

²RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat

E-mail: ¹ridianifasya1@gmail.com, ²matocarisolist@gmail.com,

³ayuyayang66@gmail.com

ABSTRACT

In order to develop efficient and effective services, it is crucial to expedite BPJS health claims. The transition of BPJS Health from paper to digital is ongoing. The evolution of electronic proof of claim systems (Vedika) is one example. Using a fishbone diagram, this study aims to determine the application of Vedika to the effectiveness of BPJS Health services at Al Ihsan Regional Hospital. This study takes a qualitative method by relying on in-depth interviews with case-mix officer. The research results show that the current Vedika system is not effective due to the many claims obstacles. Particularly, official inconsistencies due to human factors that lead to incorrect document naming and improper coding. Interference with the INA CBG's application causes machine factors to appear. As well as method factors, BPJS Health coders and validators also disagree on how to interpret coding rules. Solutions to these issues can be found through better communication and coordination between agencies, as well as through the development of training, monitoring, and evaluating officer compliance, and closing the perception gap between hospital coders and BPJS health verifiers.

Keywords: BPJS Health, Vedika, Fishbone Diagram

ABSTRAK

Untuk mengembangkan pelayanan yang efisien dan efektif, percepatan klaim BPJS kesehatan menjadi penting. Transisi BPJS Kesehatan dari kertas ke digital sedang berlangsung. Evolusi sistem bukti klaim elektronik (Vedika) adalah salah satu contohnya. Dengan menggunakan diagram tulang ikan, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penerapan Vedika terhadap efektivitas pelayanan BPJS kesehatan di RSUD Al Ihsan. Penelitian ini mengambil metode kualitatif dengan mengandalkan wawancara mendalam terhadap petugas case-mix. Hasil penelitian menunjukkan, sistem Vedika yang ada saat ini belum efektif karena banyaknya hambatan klaim. Khususnya, ketidakkonsistenan resmi karena faktor *man* yang menyebabkan kesalahan penamaan dokumen dan pengkodean yang tidak tepat. Gangguan pada aplikasi INA CBG menyebabkan munculnya faktor *machine*. Serta faktor *method*, pembuat kode dan validator BPJS Kesehatan juga berbeda pendapat dalam menafsirkan aturan pengkodean. Solusi terhadap permasalahan ini dapat ditemukan melalui komunikasi dan koordinasi yang lebih baik antar instansi, serta melalui pengembangan pelatihan, pemantauan, dan evaluasi kepatuhan petugas, serta menutup kesenjangan persepsi antara pemberi kode rumah sakit dan verifikator BPJS kesehatan.

Kata Kunci: BPJS Kesehatan, Vedika, Diagram Fishbone

PENDAHULUAN

Tujuan pelaksanaan JKN adalah memberikan perlindungan kesehatan berupa manfaat pelayanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat, sebagaimana diatur dalam PERMENKES Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Setiap orang

yang telah berkontribusi atau menerima subsidi pemerintah program JKN memberikan pendanaan untuk pelayanan kesehatan. Pembiayaan rumah sakit berasal dari klaim pembiayaan BPJS Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada anggota. Melalui prosedur klaim, rumah sakit dapat menunda pembayaran kepada BPJS Kesehatan bagi pasiennya yang memiliki kartu BPJS, yang membayar iuran bulanan. Untuk penggantian

biaya operasional layanan kesehatan, rumah sakit mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan. Verifikasi klaim secara digital (Vedika) merupakan langkah wajib dalam prosedur klaim BPJS yang harus diselesaikan sebelum klaim dapat dikirimkan ke BPJS Kesehatan. Dengan menggunakan alat verifikasi digital, BPJS Kesehatan cabang dan kantor kabupaten/kota memeriksa klaim rumah sakit melalui proses yang disebut Verifikasi Klaim Digital atau Vedika. Ide dasar Vedika adalah melakukan penyesuaian prosedur bisnis seperti tempat verifikasi yang tertuang dalam Surat Edaran Direktur Pelayanan Kesehatan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Nomor 18 Tahun 2017 tentang Petunjuk Pelaksanaan Vedika dilakukan terlebih dahulu di BPJS FKRTL Pusat, kemudian di Kantor Cabang/Kantor Pelayanan Operasional Bupati (KLOK), untuk memastikan kebenaran dan kelengkapan berkas klaim.

Elsa Febrie Alvianitasari dkk. (2018) melakukan penelitian evaluasi penerapan Sistem Verifikasi Klaim Digital (Vedika) di RSUD William Booth Semarang dan menemukan permasalahan, seperti tidak lengkapnya berkas yang seringkali menghambat verifikasi klaim, koder dan verifikator rumah sakit tidak sepakat dalam pengkodean klaim penyakit, terdapat masalah dengan integritas file yang menyebabkan file klaim tertentu dikembalikan (hingga 0,5% dari 4.300 file klaim setiap bulan), dan aplikasi verifikasi klaim sering kali mengalami kesulitan. Penelitian Yatmi Wahyuni dkk (2020) mengenai pengaruh verifikasi klaim digital (Vedika) terhadap keterlambatan pengerjaan klaim BPJS Kesehatan di RS Panti Purwodadi selama bulan Januari dan Maret 2019 mengungkapkan bahwa sering terjadi permasalahan pada verifikasi klaim. Dokumen yang belum selesai, koneksi internet yang lambat, perbedaan pendapat antara verifikator BPJS Kesehatan dan koder rumah sakit, serta kesenjangan antara dokter diagnosa dan dokter yang merawat (DPJP) dapat menunda pengajuan verifikasi klaim juga persepsi dan pembuat kode telah berbeda dari waktu ke waktu.

Wawancara informan mengungkapkan bahwa satu-satunya perubahan antara sebelum dan

sesudah kedatangan Vedika di RSUD Al Ihsan adalah pada prosedur verifikasi. Vedika belum berjalan efektif di RSUD Al Ihsan karena beberapa hambatan yang memperlambat prosedur klaim. Oleh karena itu, diagram tulang ikan dapat digunakan untuk menyelidiki akar permasalahan. Kesalahan penamaan file dan masalah pengkodean menjadi masalah ketika kesalahan manusia disebabkan oleh ketidakakuratan resmi. Gangguan pada aplikasi INA CBG menyebabkan munculnya faktor mesin. Serta faktor *methode*, koder dan validator BPJS Kesehatan juga berbeda pendapat dalam menafsirkan aturan pengkodean.

Tujuan dari penelitian ini adalah menggunakan diagram tulang ikan dan metode lain untuk menentukan asal muasal sebenarnya dari penundaan klaim yang telah diamati. Pakar pengendalian kualitas Jepang Kaoru Ishikawa adalah pendukung diagram tulang ikan, yang sering dikenal sebagai diagram sebab dan akibat. Diagram tulang ikan adalah alat yang berguna untuk mengisolasi kemungkinan sumber suatu masalah. Permasalahan akan dipilah ke dalam berbagai kelompok terkait berdasarkan faktor-faktor seperti ketersediaan tenaga kerja, dukungan finansial, material, mesin, dan prosedur (Emerson, 2021). Studi Nilma (2018) menunjukkan manfaat diagram tulang ikan untuk menelusuri asal usul permasalahan di seluruh komponen organisasi termasuk sumber daya manusia (karyawan), proses (prosedur), dan teknologi (mesin).

METODE

Metodologi penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan menggunakan teknik deskriptif. Tujuan utamanya adalah untuk mengetahui evaluasi Vedika terhadap efektivitas layanan BPJS kesehatan di RS Al Ihsan, dengan menggunakan diagram tulang ikan sebagai alat analisis. Metodologi yang digunakan dalam pengumpulan data meliputi observasi, wawancara, dan studi pustaka. Penulis menggunakan indikator efektivitas pelayanan seperti yang disampaikan oleh Ayu Wulandari (2019) :

1. Faktor waktu berkaitan dengan kecepatan penyedia layanan dalam memberikan layanannya.

2. Faktor akurasi, yang berkaitan dengan tingkat presisi, berfungsi sebagai metrik yang digunakan untuk menilai efektivitas suatu layanan tertentu.
3. Faktor-faktor yang berkaitan dengan gaya penyedia layanan adalah pengetahuan personel, kompetensi, dan kesopanan.

Penulis melaksanakan Praktek Kerja Lapangan (PKL) selama dua bulan di Rumah Sakit Al Ihsan Provinsi Jawa Barat yang berlangsung pada tanggal 24 Maret s/d 7 Juni 2023.

HASIL

A. Identifikasi Faktor (*Man*) di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat

1. Identifikasi Pendidikan

Rata-rata, jenjang pendidikan petugas di fasilitas JKN tergolong sesuai, mulai dari jenjang diploma (D3) hingga sarjana (S1). Sistem ini dipartisi menjadi dua unit berbeda, khususnya unit klaim dan unit kontrol. Departemen klaim terdiri dari tim yang terdiri dari 6 pengkode rawat jalan, 5 pengkode rawat inap, 3 anggota staf administrasi, 2 anggota staf farmasi, 1 validator, dan 1 spesialis validasi digital. Unit kontrol terdiri dari seorang dokter pembimbing yang bertugas sebagai dokter jaga yang bertanggung jawab mengawasi klaim BPJS Kesehatan. Selain itu, unit ini juga mencakup dokter dari beberapa subspecialisasi, antara lain kedokteran gigi, pediatri, bedah, kebidanan dan ginekologi, dan THT. Rata-rata, individu memiliki gelar master.

Ketiadaan petugas coding yang memiliki keahlian di bidang pendidikan rekam medis dapat menyebabkan ketidakakuratan dalam pelaksanaan klaim, sehingga berpotensi mengakibatkan pengembalian surat klaim ke BPJS Kesehatan atau diterimanya feedback.

2. Identifikasi Ketelitian

Tugas yang ada melibatkan identifikasi akurasi penyelesaian klaim memerlukan tingkat ketelitian yang tinggi agar dapat memberikan hasil pekerjaan yang tepat dan akurat. Potensi dampak pengembalian dokumen klaim atau pemberian komentar BPJS Kesehatan mungkin disebabkan oleh kurangnya ketekunan yang ditunjukkan oleh Petugas Penegakan Klaim selama proses penyelesaian klaim.

Berdasarkan hasil wawancara, ada beberapa permasalahan yang dapat diidentifikasi. Salah satu unsur manusia yang menjadi kendala dalam proses klaim adalah terjadinya permasalahan penamaan file. Kesalahan ini umumnya muncul akibat pencantuman karakter tertentu seperti tanda petik ('); koma (,); tanda hubung/tanda hubung (-); dan seterusnya sehingga mengakibatkan nama file tidak akurat. Tindakan pemberian nama pada file ini mempunyai arti penting dan mempunyai pengaruh besar terhadap prosedur klaim. Selain itu, proses pemindahan berkas rekam medis dari ruang rawat inap ke unit rekam medis juga terdapat ketidakakuratan sehingga mengakibatkan tertundanya pengiriman berkas rekam medis dari unit rekam medis ke unit JKN sehingga menghambat prosedur klaim.

B. Identifikasi Faktor (*Machine*) di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat

INA CBG's

Mesin yang digunakan dalam prosedur klaim BPJS kesehatan di RS Al Ihsan sudah menunjukkan kemampuan yang cukup, yaitu menggunakan sistem komputer yang saling terhubung dengan internet, serta program elektronik seperti ICD 10 dan ICD 9 CM. Selain itu, terdapat opsi tambahan untuk memanfaatkan pemindai dan printer. Pengajuan klaim yang lancar, termasuk penggunaan INA CBG, merupakan bagian integral dalam memastikan pembayaran klaim yang cepat. Aplikasi INA CBG memudahkan penggunaan *Claim Adjuster* karena tersedianya menu-menu yang mudah diakses sehingga meningkatkan kemudahan penggunaan dan efisiensi. Namun demikian, fungsionalitas program ini bergantung pada infrastruktur jaringan yang sudah ada sebelumnya.

Salah satu faktor yang menghambat efisiensi petugas pemrosesan klaim adalah terjadinya kesalahan dalam penginputan berkas klaim dan pemuatan perangkat lunak pada saat proses pengelompokan oleh INA CBG. Alhasil, para staf harus menunggu sekitar 5-10 menit. Namun kejadian seperti ini jarang terjadi. Kesalahan sistem biasanya muncul akibat peningkatan atau modifikasi yang dilakukan pada aplikasi yang digunakan oleh pengguna.

Apabila terjadi pembaharuan, jika data klaim sudah terinput namun belum disimpan atau dibackup, maka petugas wajib memasukkan kembali data tersebut. Namun apabila data klaim yang dimasukkan sebelumnya telah berhasil disimpan dan dibackup, maka seluruh proses memasukkan data klaim tidak perlu diulangi lagi dari awal.

C. Identifikasi Faktor (*Method*) di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat

Perbedaan Persepsi Koder Dan Verifikator BPJS Kesehatan Terhadap Kaidah Koding
Temuan penelitian menunjukkan bahwa pedoman atau protokol yang digunakan oleh validator BPJS dan rumah sakit menunjukkan kesesuaian. Prosedur operasi standar (SOP) pengkodean dalam konteks ini dianggap sesuai, khususnya terkait dengan pemanfaatan Klasifikasi Penyakit Internasional, Revisi Kesepuluh (ICD-10) untuk pengkodean penyakit, Klasifikasi Penyakit Internasional, Revisi Kesembilan, Klinis Modifikasi (ICD-9-CM) untuk referensi kode tindakan, dan kepatuhan terhadap Peraturan Menteri Kesehatan no. 27 Tahun 2014 yang menguraikan tentang Pedoman Teknis Sistem INA CBG.

Salah satu faktor utama yang menyebabkan terjadinya klaim terkait validasi coding pada hasil validasi BPJS Kesehatan adalah adanya disparitas kognitif antara koder rumah sakit dengan validator BPJS Kesehatan. Kesenjangan ini menyebabkan ketidakselarasan antara pengkodean yang dilakukan oleh pembuat kode dengan proses validasi yang dilakukan oleh validator BPJS Kesehatan.

D. Identifikasi Faktor (*Material*) di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat

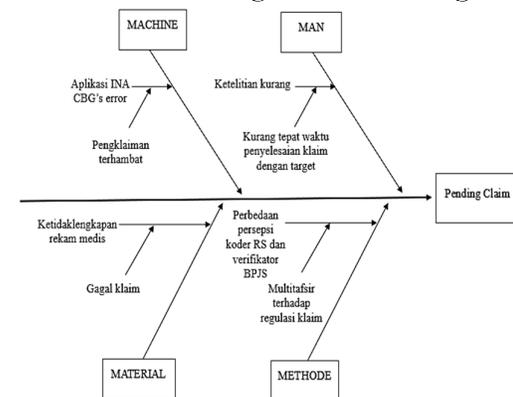
1. Ketidaklengkapan berkas rekam medis
Pembayaran berkas klaim oleh BPJS Kesehatan bergantung pada selesainya beberapa tahap verifikasi, yang mencakup verifikasi manajemen peserta, verifikasi manajemen layanan medis, verifikasi layanan, dan verifikasi perangkat lunak aplikasi.

Salah satu permasalahan yang muncul adalah adanya berkas rekam medis yang tidak lengkap. Kemanfaatan prosedur pembayaran klaim BPJS Kesehatan bergantung pada

kelengkapan dokumentasi yang diberikan oleh petugas klaim. Berkas yang harus dilengkapi atau dilampirkan untuk Surat Pernyataan BPJS Kesehatan wajib lengkap dan teliti :

- a. Surat Eligibilitas Peserta (SEP)
- b. Resume medis
- c. Laporan penunjang
(radiologi/laboratorium/hasil tindakan dan sebagainya)
- d. Billing pembayaran
- e. Laporan operasi
- f. Surat kematian/ surat kelahiran

2. Menyusun Akar Penyebab Permasalahan *Pending Claim* BPJS Kesehatan di RSUD Al Ihsan Provinsi Jawa Barat dengan Fishbone Diagram.



Gambar 1. *Fishbone Diagram*

Klaim yang tertunda dapat diamati pada kepala ikan, seperti yang ditunjukkan oleh diagram tulang ikan. Pada saat yang sama, keterlambatan klaim dapat disebabkan oleh berbagai variabel, termasuk elemen manusia, mesin, proses, dan material. Adanya klaim tertunda dapat disebabkan oleh berbagai faktor, antara lain aspek terkait manusia seperti keakuratan, faktor terkait peralatan seperti penerapan INA CBG, elemen terkait proses seperti perbedaan persepsi yang dikodekan, dan pertimbangan terkait material, khususnya dalam konteks pencatatan berkas rekam medis. Penyebab utama tunggakan klaim dapat disebabkan oleh ketidakmampuan penerima klaim untuk segera menyelesaikan klaim, sehingga menyebabkan berkurangnya ketekunan petugas yang terlibat dalam proses klaim. Menurunnya ketekunan ini terlihat dari berbagai aspek, antara lain *coding*, *input data*, dan verifikasi kelengkapan dokumen klaim.

Selain itu, proses klaim terhambat karena adanya kesalahan pada aplikasi INA CBG. Berkas klaim dikembalikan sebagai konsekuensi interpretasi peraturan klaim selanjutnya, perbedaan persepsi antara koder rumah sakit dan verifikator BPJS Kesehatan. Serta terjadinya gagal klaim karena ketidaklengkapan rekam medis sehingga terjadi pengembalian berkas rekam medis untuk dilengkapi yang nantinya akan menyebabkan pula *pending claim*.

PEMBAHASAN

A. Evaluasi Vedika di RSUD Al Ihsan

Kehadiran vedika ini sangat memudahkan dan memberikan dampak yang signifikan. Sebelum Vedika diperkenalkan, proses verifikasi dokumen melibatkan penyerahan dokumen klaim secara manual kepada verifikator, yang kemudian akan memverifikasinya secara individual melalui inspeksi manual. Penyelesaian tugas ini memerlukan waktu yang cukup lama. Akibatnya, penyusunan risalah rapat sering mengalami keterlambatan. Selain perpanjangan durasi, rumah sakit menghadapi ketidakpastian mengenai proporsi berkas klaim yang diterima atau memenuhi kriteria yang ditetapkan, serta jumlah berkas yang tidak memenuhi persyaratan dan nilainya. Penerapan Vedika akan memudahkan tugas kedua pihak yang terlibat. Saat ini, semua proses disalurkan melalui sistem. Dimasukkannya Vedika berfungsi sebagai katalis untuk peningkatan efisiensi dan produktivitas dalam tim gabungan kasus rumah sakit. Karena adanya pembatasan, maka klaim perlu dipenuhi dalam jangka waktu yang ditentukan, dengan persentase penyelesaian tertentu.

Namun demikian, tidak dapat dipungkiri bahwa banyak elemen internal yang dapat menjadi kendala yang menghambat pengklaiman. Temuan menunjukkan bahwa ada beberapa penyebab yang berkontribusi terhadap permasalahan yang ada. Aspek-aspek ini mencakup unsur-unsur yang berhubungan dengan manusia yang melibatkan kesalahan petugas, yang mengakibatkan kesalahan pengkodean dan penamaan file yang tidak tepat. Terjadinya faktor mesin dapat disebabkan oleh adanya gangguan yang disebabkan oleh aplikasi INA CBG. Selain

pertimbangan metodologis, terdapat kesenjangan antara pemberi kode dan verifikator BPJS Kesehatan dalam perspektif mereka mengenai peraturan pengkodean.

B. Alur Verifikasi



Gambar 2. Alur Verifikasi

Tahap verifikasi administrasi klaim yaitu :

1. Validasi pengelolaan keanggotaan merupakan proses verifikasi kelayakan berkas klaim dengan cara membandingkan informasi yang diberikan pada SEP dengan data anggota yang disampaikan pada aplikasi INA CBG.
2. Verifikasi manajemen pelayanan merupakan proses penilaian kesesuaian dokumen klaim dengan dokumen yang dipersyaratkan.
3. Validasi layanan dilakukan untuk memastikan kesesuaian diagnosis dan pengobatan yang tercantum pada tagihan, dengan menggunakan kode ICD-10 dan ICD-9-CM. Selain itu, ketentuan pengkodean juga mengikuti prinsip pengkodean yang dituangkan dalam Prinsip Teknis INA CBG.
4. Program INA CBG digunakan untuk tujuan verifikasi.

C. Penyebab *Pending Claim* Berdasarkan Faktor Man

Hasil penelitian menunjukkan bahwa komponen manusia yang dimaksud muncul karena kurangnya perhatian petugas. Masalah yang dihadapi adalah nama file yang salah. Konvensi nama file yang digunakan dalam konteks ini salah, biasanya karena penyertaan karakter tertentu seperti tanda kutip ('), koma (,), tanda hubung (-), dan seterusnya.

Akibatnya, distribusi rekam medis yang tepat waktu menjadi tertunda. Pengajuan klaim BPJS kesehatan memerlukan pencantuman dokumen rekam medis.

D. Penyebab Pending Claim Berdasarkan Faktor Machine

Pembenaran atas klaim yang belum terselesaikan sehubungan dengan variabel terkait mesin. Alasan mekanis yang teridentifikasi berkontribusi terhadap penundaan klaim mencakup ketidakstabilan sistem dan jaringan, serta aplikasi rawan kesalahan yang melibatkan INA CBG. Kegagalan sistem biasanya disebabkan oleh pembaruan perangkat lunak. Jika terjadi pembaruan, data klaim dimasukkan tanpa disimpan atau dicadangkan, petugas akan diminta untuk memasukkan kembali data tersebut. Namun demikian, dalam hal data klaim yang telah dimasukkan sebelumnya telah disimpan dan dibackup dengan baik, maka tidak perlu mengulangi seluruh prosedur memasukkan data klaim dari awal.

E. Penyebab Pending Claim Berdasarkan Faktor Method

Hasil penelitian menunjukkan terdapat disparitas persepsi antara pemberi kode rumah sakit dan verifikator BPJS Kesehatan. Permasalahan tersebut timbul karena kurangnya komunikasi dan koordinasi antara pemberi kode rumah sakit dengan verifikator BPJS Kesehatan sehingga terjadi perbedaan antara pengkodean yang dilakukan oleh pemberi kode dengan hasil verifikasi BPJS Kesehatan.

Perbedaan persepsi terkadang menempatkan koder dalam kesulitan sebagai kontributor kode. Para koder mengembangkan sistem pengkodean yang berasal dari diagnosis yang diberikan oleh para dokter. Selain itu, koder diberi tanggung jawab untuk mengkodekan diagnosis dan prosedur secara akurat yang dilakukan oleh dokter yang merawat, dengan mematuhi pedoman yang diuraikan dalam ICD-10 untuk pengkodean diagnostik dan ICD-9-CM untuk pengkodean prosedural. Selain koder, validator juga memainkan peran penting dalam menjamin kepatuhan terhadap proses pengkodean yang ditentukan. Mereka melakukan prosedur verifikasi multi-tahap

untuk memastikan kesesuaian dokumen yang diberikan.

F. Penyebab Pending Claim Berdasarkan Faktor Material

Hasilnya menunjukkan bahwa terdapat kasus dimana berkas klaim tidak lengkap, sehingga berdampak negatif terhadap efisiensi proses klaim. Berdasarkan temuan survei, terlihat bahwa rumah sakit secara konsisten mengajukan 25.000 hingga 26.000 permintaan penggantian biaya setiap bulannya, khususnya pada tanggal 10 setiap bulannya. Selain itu, total 200 hingga 250 berkas dikembalikan atau diberikan masukan karena keagalannya memenuhi persyaratan klaim yang ditetapkan, sehingga menyebabkan keterlambatan dalam pemrosesan klaim. Penyelesaian berkas klaim ditentukan melalui serangkaian tahapan *review*, antara lain *review* manajemen anggota, *review* manajemen layanan medis, *review* layanan, dan evaluasi perangkat lunak aplikasi.

SIMPULAN

Penerapan sistem Vedika di RSUD Al Ihsan saat ini belum membuahkan hasil yang memuaskan karena masih banyaknya kendala yang menghambat efisiensi proses klaim. Penelitian evaluasi yang dilakukan terhadap sistem Vedika untuk percepatan klaim BPJS kesehatan di Bagian Instalasi JKN RSUD Al Ihsan Jawa Barat, mengungkapkan bahwa proses klaim terhambat oleh berbagai faktor, antara lain *man*, *method*, *material* dan *machine*. Kendala unsur manusia (*man*) yang berkontribusi terhadap pending klaim antara lain ketidakkonsistenan resmi yang menyebabkan permasalahan nama berkas, serta keterlambatan pengiriman berkas rekam medis. Faktor mesin (*machine*) merupakan kelemahan penerapan INA CBG. Penelitian ini mengkaji komponen metode (*method*) yang menjelaskan kesenjangan kognitif yang diamati antara pemberi kode rumah sakit dan verifikator BPJS Kesehatan. Adanya unsur material dapat disebabkan oleh ketidaklengkapan data medis. Untuk memitigasi frekuensi kesalahan di atas, sangat penting untuk menerapkan pelatihan, pengawasan, evaluasi, dan protokol kepatuhan bagi petugas. Selain itu, membina komunikasi dan koordinasi yang efektif antar instansi terkait sangat penting untuk mengatasi

kesenjangan persepsi antara pemberi kode rumah sakit dan verifikator BPJS Kesehatan, sehingga meminimalkan kemungkinan terjadinya kesalahan dan menghambat proses klaim.

DAFTAR PUSTAKA

Dokumen :

Surat Edaran Direktur Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Nomor 18 Tahun 2017 Tentang Penjelasan Pelaksanaan Verifikasi Di Kantor (Vedika).

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional

Buku Ilmiah :

Addinda Intan Mayangsari, Budi Hidayat (2023), Pengembangan Sistem Penyiapan Dokumen Klaim Dalam Menghadapi Era Verifikasi Digital Klaim (Vedika), *Jurnal Ilmu Sosial dan Pendidikan* Vol.7.

Aldi Pratama, Harry Fauzi, Zahrasita Nur Indira, Prisai Purnama Adi (2023), Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap Akibat Koding Rekam Medis di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soedirman Kebumen, *Jurnal Ilmiah Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Imelda* Vol.8.

Dina Rismawati, Irda Sari (2021), Kelengkapan Berkas BPJS dalam Upaya Percepatan Terhadap Pengklaiman BPJS Rawat Jalan di Rumah Sakit Pelabuhan Cirebon, *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes* Vol.12.

Direktorat Pelayanan BPJS Kesehatan (2014), Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim.

Elsa Febrie Alvianitasari, Sutopo Patria Jati, Eka Yulia Permatasari (2018), Evaluasi Pelaksanaan Sistem Verifikasi Di Kantor (Vedika) BPJS Kesehatan Di Rumah Sakit William Booth Semarang, *Jurnal Kesehatan Masyarakat* Vol.6.

Firsa Olivia Susan, Septo Pawelas Arso, Putri Asmita Wigati (2016), Analisis

Administrasi Klaim Jaminan Kesehatan Nasional Rawat Jalan RSUD Kota Semarang Tahun 2016, *Jurnal Kesehatan Masyarakat* Vol.4.

Frieska Rahma Ardi Saputri, Zahrasita Nur Indira, Harry Fauzi (2022), Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Jalan Bulan September Tahun 2022 di RS X, *Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan* Vol.2.

Siswati, Yati Maryati (2017), Manajemen Mutu Informasi Kesehatan II.

Suci Pitaloka, Nur Iman Ningsih (2021), Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat-syarat Pengajuan Klaim di Rumah Sakit TK 02.07.02 Lahat, *Jurnal Ilmiah Indonesia*.

Wayan Ary Santiasih, Asyiah Simanjorang, Beni Satria (2021), Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap Di RSUP DR. RM Djoelham Binjai, *Journal of Healthcare Technology and Medicine* Vol.7.

Yatmi Wahyuni, Suharyo (2020), Analisis Implementasi Verifikasi Digital Klaim (Vedika) Dengan Kejadian Tertundanya Klaim BPJS Kesehatan Pada Bulan Januari, Februari dan Maret 2019 di RS Panti Rahayu Purwodadi, *Visikes* Vol.18.