

Analisis Faktor Penyebab Klaim Pending, Verifikasi dan Audit Pascaklaim BPJS Kesehatan di RSUD Anutapura Palu

Nurlaela¹, Sudirman², Finta Amalinda³

^{1,2,3} Universitas Muhammadiyah Palu

E-mail: nurlaela.handri@gmail.com

Article History:

Received: 10 Mei 2026

Revised: 17 Mei 2026

Accepted: 29 Mei 2026

Keywords: Klaim Pending, Verifikasi, Audit Pascaklaim, BPJS Kesehatan, Pendekatan 5M

Abstrak: Klaim pending BPJS Kesehatan menjadi tantangan sistemik yang mempengaruhi arus kas rumah sakit dan keberlanjutan pelayanan. RSUD Anutapura Palu mengalami lonjakan signifikan nilai klaim pending dari Rp5,8 miliar (2023) menjadi Rp14,26 miliar (2024), mencerminkan kompleksitas permasalahan yang memerlukan analisis mendalam. Penelitian ini bertujuan mengeksplorasi faktor penyebab klaim pending serta proses verifikasi dan audit pascaklaim berdasarkan pendekatan 5M (Man, Machine, Method, Material, Money). Metode penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain studi kasus di RSUD Anutapura Palu pada Februari-Maret 2026. Pengumpulan data melalui wawancara mendalam terhadap 5 informan (koordinators klaim, dua koder, verifikator internal, dan DPJP) serta observasi. Analisis data menggunakan model Miles & Huberman (reduksi, penyajian, penarikan kesimpulan) dengan validasi melalui triangulasi dan member check. Hasil penelitian menunjukkan faktor Man: kompetensi SDM cukup namun pengalaman terbatas, beban kerja koder dan verifikator tidak proporsional. Machine: penggunaan SIMRS dan e-claim belum optimal karena gangguan jaringan dan proses coding manual. Method: belum ada SOP baku untuk coding, verifikasi, dan pengajuan klaim. Material: ketidaklengkapan resume medis dan dokumen penunjang menjadi penyebab utama pending. Money: klaim pending menghambat arus kas dan pembayaran jasa pelayanan. Proses klaim meliputi pengumpulan berkas, coding INA-CBGs, verifikasi internal, pengajuan, hingga audit BPJS. Output berupa klaim layak bayar, pending, dan dispute yang berdampak pada efisiensi keuangan. Kesimpulan penelitian ini adalah klaim pending disebabkan oleh kelemahan pada seluruh faktor 5M, terutama ketiadaan SOP baku dan ketidaklengkapan dokumen. Direkomendasikan penyusunan SOP terintegrasi, pelatihan koder berkelanjutan, optimalisasi SIMRS, serta penguatan koordinasi antar unit.

PENDAHULUAN

Pada akhir tahun 2024, BPJS Kesehatan mencatat adanya klaim pending mencapai Rp 5,92

triliun dari 3,69 juta kasus, meningkat signifikan dibanding tahun sebelumnya (sekitar Rp 2,16 triliun dan 523.515 kasus). Proporsi biaya klaim tertunda juga mencapai sekitar 3–15% dari total biaya klaim bulanan (Laporan Tahunan JKN, 2024). Selain itu, PERSI mencatat peningkatan jumlah fasilitas kesehatan dengan klaim pending, termasuk rumah sakit kelas A dan C. Klaim yang tertunda bukan masalah administratif kecil, melainkan tantangan sistemik yang berpengaruh besar terhadap *cash flow* dan interaksi rumah sakit dan BPJS (Utami, Akbar, Amelia, & Sari, 2024).

Berbagai studi di rumah sakit menunjukkan bahwa klaim pending sering disebabkan oleh faktor internal yang sangat beragam dan kompleks. Peran fungsi manajemen (perencanaan, pengorganisasian, pengendalian, dan penilaian) menjadi krusial. Manajemen klaim yang efisien mesti memastikan input berkualitas dan proses yang sesuai, sehingga menghasilkan output klaim yang valid dan tepat waktu. Pengorganisasian fungsi manajemen memungkinkan identifikasi dan mitigasi *weak points* pada setiap elemen struktur dan proses. Secara teoritis, model manajemen ini diperkaya oleh Teori Sistem (pendekatan input–proses–output) dan Model Donabedian (struktur–proses–outcome) sebagai kerangka konseptual dalam analisis mutu klaim, serta teori Manajemen Risiko sebagai strategi mitigasi membantu merumuskan strategi penurunan angka pending secara sistematis. Salah satu pendekatan sistematis untuk mengidentifikasi penyebab adalah melalui pendekatan 5M (*Man, Machine, Method, Material, Money*) (Ishikawa, 1985).

Kelima faktor ini saling mempengaruhi dan apabila terdapat kelemahan pada salah satu aspek, dapat memicu terjadinya klaim pending. Sumber daya manusia (*Man*) yang terlibat dalam proses pengajuan klaim. Ketidaktepatan atau kurangnya pelatihan staf, terutama dalam koding dan verifikasi berkas dapat sangat mempengaruhi terjadinya pending klaim. Studi di RS Wongsonegoro Semarang (rawat jalan) menunjukkan faktor *man* seperti ketelitian, pendidikan, dan pelatihan yang kurang berkontribusi terhadap klaim pending, dan perlu ditingkatkan melalui pelatihan khusus (Cahyani, 2023). Sementara di RSUD R.T. Notopuro Sidoarjo, pelatihan koding terbukti efektif menurunkan klaim pending (Puspitasari, 2024).

Material (Material) adalah dokumen atau berkas serta data pendukung klaim seperti resume medis, hasil pemeriksaan penunjang, dan formulir pengajuan. Di RSUD dr. Moewardi Surakarta, 61,39% klaim pending disebabkan oleh berkas yang tidak lengkap, seperti penunjang atau formulir yang belum lengkap (Utami et al., 2024). Di RSU Haji Surabaya, klaim pending disebabkan oleh ketidaklengkapan berkas dan kode diagnosis yang tidak akurat (Triatmaja, Wijayanti, & Nuraini, 2022). Sedangkan di RS Tambusai (rawat jalan), terdapat puluhan klaim pending karena persyaratan berkas yang tidak lengkap (Farhansyah, Cahyani, & Amanda, 2024).

Metode (*Methods*) adalah tata cara pengajuan klaim yang dilaksanakan sesuai ketentuan. Metode ini berupa Standar Operasional Prosedur (SOP), pedoman kerja, dan kebijakan teknis terkait proses klaim. SOP yang tidak dijalankan dengan konsisten dapat memperlemah proses verifikasi klaim. Puspitasari (2024) menemukan bahwa di RSUD Notopuro, implementasi SOP terlaporkan baik, namun masih terdapat pending karena faktor lainnya.

Machine (perangkat) meliputi sarana dan prasarana berbasis teknologi yang digunakan dalam proses klaim seperti SIMRS, jaringan internet, server yang terintegrasi data dengan BPJS, dan perangkat teknologi lain yang mendukung pengajuan klaim. Penelitian di NTB menyebut adanya masalah sistem komputer rumah sakit yang tidak terintegrasi dengan BPJS sebagai penyebab pending (Maisaroh, Sulaiman, & Sismulyanto, 2024).

Money (dana/anggaran) berkaitan dengan dukungan anggaran, insentif bagi tenaga kerja, serta pembiayaan kegiatan yang mendukung kelancaran operasional proses klaim. Dukungan keuangan umumnya bukan penyebab utama klaim pending. Puspitasari (2024) dalam studinya di Notopuro menemukan bahwa faktor uang tidak signifikan dalam memicu klaim pending. Demikian juga di RS Haji Surabaya (Triatmaja et al., 2022).

.....

Sebagai rumah sakit rujukan utama, RSUD Anutapura Palu memegang peranan penting dalam memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat dari berbagai kabupaten/kota di provinsi ini. Berdasarkan Profil Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah tahun 2023, RSUD Anutapura Palu telah melayani sebanyak 71.208 pasien rawat jalan dan 17.942 pasien rawat inap. Pada tahun 2024, jumlah tersebut mengalami peningkatan signifikan, yaitu menjadi 106.144 pasien rawat jalan dan 20.827 pasien rawat inap (Profil Dinas Kesehatan Provinsi Sulawesi Tengah, 2024). Sebagian besar pasien yang dilayani, yaitu sekitar 96%, merupakan peserta JKN. Namun demikian, berdasarkan laporan keuangan RSUD Anutapura Palu tahun 2024, masih ditemukan permasalahan dalam pengelolaan klaim, yakni terdapat 1.496 kasus klaim pending dengan nilai mencapai Rp5,8 miliar, serta 134 klaim tidak layak dengan nilai Rp66,28 juta sepanjang tahun 2023. Kondisi ini menunjukkan bahwa meskipun jumlah pelayanan dan cakupan pasien JKN meningkat, rumah sakit masih menghadapi tantangan serius dalam proses verifikasi dan pengelolaan klaim.

Kondisi ini berubah drastis pada akhir tahun 2024, di mana biaya pending klaim melonjak menjadi Rp14,26 miliar atas 109.213 kasus, serta terdapat Rp309,9 juta klaim tidak layak atas 475 kasus (RSUD Anutapura Palu, 2025). Fakta tersebut menegaskan bahwa permasalahan klaim pending dan klaim tidak layak semakin kompleks dan berdampak besar terhadap tata kelola keuangan rumah sakit. Dengan demikian, penelitian ini diharapkan dapat memberikan gambaran menyeluruh mengenai sistem klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit, serta memberikan masukan berbasis bukti bagi perbaikan sistem dan kebijakan rumah sakit terkait proses klaim dan pembayaran layanan kesehatan.

LANDASAN TEORI

A. Teori Sistem

Menurut Ludwig von Bertalanffy (1968) dalam *General System Theory*, sistem tidak dapat dipahami hanya dari masing-masing komponennya, tetapi dari interaksi dinamis antar elemen tersebut. Elemen-elemen sistem meliputi: tujuan, batasan, kontrol, masukan, proses, keluaran dan umpan balik. *Input* merupakan elemen dari sistem yang bertugas untuk menerima seluruh masukan data, dimana masukan tersebut dapat berupa jenis data maupun frekuensi pemasukan data. Proses merupakan elemen dari sistem yang bertugas untuk mengolah atau memproses seluruh masukan data menjadi suatu informasi yang lebih berguna. *Output* merupakan hasil dari input yang telah diproses oleh bagian pengolah dan merupakan tujuan akhir sistem.

Feedback atau umpan balik merupakan elemen dalam sistem yang bertugas mengevaluasi bagian dari output yang dikeluarkan, dimana elemen ini sangat penting demi kemajuan sebuah sistem. Umpan balik ini dapat merupakan perbaikan sistem, pemeliharaan sistem dan sebagainya. *Environment*. Sistem selalu berinteraksi dengan lingkungannya, bentuk apapun yang ada di luar ruang lingkup atau batasan sistem yang mempengaruhi operasi sistem tersebut disebut dengan lingkungan luar sistem. *Goals/Purpose* atau tujuan sistem dapat berupa tujuan organisasi, kebutuhan organisasi, permasalahan yang ada dalam suatu organisasi maupun urutan prosedur untuk mencapai tujuan organisasi

B. Teori Manajemen Risiko

Manajemen risiko merupakan suatu pendekatan sistematis untuk mengidentifikasi, menganalisis, menilai, mengendalikan, dan memantau risiko yang dapat memengaruhi pencapaian tujuan organisasi. Menurut ISO 31000:2018, risiko didefinisikan sebagai efek ketidakpastian terhadap tujuan. Teori manajemen risiko berkembang untuk memberikan kerangka berpikir dalam

mengelola ketidakpastian, baik di sektor publik maupun privat.

Lam (2014) menjelaskan bahwa manajemen risiko modern tidak hanya berfungsi sebagai proteksi, tetapi juga sebagai strategi untuk menciptakan nilai, meningkatkan efisiensi, serta memastikan keberlanjutan organisasi. Teori ini menganggap risiko sebagai sesuatu yang tidak selalu negatif, melainkan dapat menjadi peluang jika dikelola dengan tepat.

C. Teori Model Donabedian

Model Donabedian dikembangkan oleh Avedis Donabedian (1980) yang merupakan salah satu kerangka konseptual paling berpengaruh dalam penilaian kualitas pelayanan kesehatan. Model ini menyajikan cara sistematis untuk mengevaluasi mutu perawatan kesehatan melalui tiga dimensi utama: *structure*, *process*, dan *outcome*. Donabedian menekankan bahwa meskipun aspek struktur dan proses bukanlah atribut intrinsik dari kualitas, keduanya menyediakan informasi penting yang dapat digunakan untuk menilai apakah mutu pelayanan memadai.

Structure atau struktur mengacu pada lingkungan di mana layanan kesehatan diselenggarakan, termasuk sumber daya manusia (kualifikasi, jumlah), fasilitas fisik, teknologi, sistem administrasi, dan pembiayaan. Struktur sering kali menjadi titik awal evaluasi karena relatif mudah diukur dan kerap menjadi sebab atas ketidaksesuaian proses pelayanan.

Process atau proses mencakup keseluruhan aktivitas interaksi antara penyedia dan penerima layanan, misalnya diagnosis, penyusunan klaim, verifikasi administrasi, dan audit pascaklaim. Donabedian melihat proses sebagai indikator paling langsung dari kualitas jika struktur mendukung, maka proses diharapkan berjalan sesuai standar yang ditetapkan.

Output atau *Outcome* merupakan dampak akhir pelayanan, seperti keberhasilan klaim, kepuasan rumah sakit, serta implikasi pada aliran kas dan efisiensi manajemen. Donabedian menegaskan bahwa outcome harus dikaitkan secara probabilistik dengan struktur dan proses, bukan dipahami sebagai jaminan mutlak.

Donabedian menegaskan bahwa struktur yang baik meningkatkan kemungkinan proses yang berkualitas, dan proses yang baik pada gilirannya meningkatkan kemungkinan terwujudnya hasil yang positif (Busse et al, 2019). Konsep ini diperkuat oleh studi empiris, seperti penelitian di 386 departemen rumah sakit di Swedia, yang menunjukkan korelasi tinggi antara struktur dan proses ($r = 0,72$), serta struktur terhadap *outcome* ($r = 0,60$), dan hubungan proses ke *outcome* ($r = 0,20$) (Kunker et al, 2007).

Model Donabedian sangat relevan untuk menganalisis klaim pending dalam cakupan penelitian ini. Dalam kerangka input–proses–output, faktor-faktor 5M dapat dikategorikan sebagai struktur, proses verifikasi dan audit sebagai proses, serta status klaim (pending, diterima, ditolak) sebagai *outcome*. Pendekatan ini memungkinkan identifikasi titik lemah sistem (struktur), evaluasi pipeline klaim (proses), dan pengukuran *output* klaim (*outcome*).

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan studi kasus. Penelitian ini dilaksanakan di RSUD Anutapura Palu pada bulan Februari sampai Maret 2026. Penentuan informan dilakukan dengan teknik *purposive sampling* berdasarkan kriteria: 1) terlibat langsung dalam proses pengajuan, verifikasi, atau audit klaim di rumah sakit; 2) memiliki pengalaman kerja minimal 1 tahun di bidang yang terkait dengan pengelolaan klaim; dan 3) bersedia menjadi

narasumber dan memberikan informasi sesuai dengan pengalaman serta pengetahuannya. Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan melalui beberapa teknik untuk memperoleh data yang kaya dan mendalam, yaitu wawancara mendalam (*in-depth interview*) dan observasi. Teknik pengolahan data pada penelitian ini dilakukan melalui tiga tahap, yakni reduksi data (*data reduction*), penyajian data (*data display*), dan mengambil kesimpulan/verifikasi (*conclusion drawing/ verification*) (Miles dan Huberman dalam (A. F. Nasution, 2023)). Teknik pemeriksaan yang digunakan untuk menetapkan keabsahan data agar diperoleh data yang valid (kredibel), yakni uji kredibilitas (validitas internal), uji dependabilitas (reliabilitas), uji transferabilitas (validitas eksternal), dan uji konfirmabilitas (Objektivitas) (Purwanza et al., 2022; Razali et al., 2023).

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Input

1. Faktor Man

Faktor man atau sumber daya manusia merupakan salah satu komponen penting dalam pengelolaan klaim BPJS di rumah sakit. Sumber daya manusia yang terlibat dalam proses klaim meliputi berbagai pihak, seperti koordinator casemix, coder, verifikator internal, petugas rekam medis, serta dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP). Berdasarkan hasil wawancara dengan koordinator casemix, diketahui bahwa secara umum kualitas sumber daya manusia yang terlibat dalam pengelolaan klaim di rumah sakit sudah cukup baik. Namun demikian, sebagian besar petugas yang bertugas saat ini masih tergolong tenaga baru sehingga pengalaman kerja mereka dalam pengelolaan klaim masih terbatas. Meskipun demikian, dari sisi jumlah tenaga kerja, koordinator casemix menyampaikan bahwa jumlah sumber daya manusia yang terlibat dalam pengelolaan klaim saat ini dinilai sudah cukup apabila dibandingkan dengan jumlah pasien yang dilayani oleh rumah sakit.

Koordinasi antarunit menjadi aspek penting dalam proses pengelolaan klaim BPJS. Berdasarkan hasil wawancara, koordinator casemix menyatakan bahwa koordinasi antara unit klaim, rekam medis, DPJP, serta manajemen rumah sakit selama ini berjalan dengan baik. Setiap permasalahan yang muncul dalam proses pengajuan klaim biasanya dikomunikasikan secara terbuka antarunit, sehingga dapat segera dilakukan langkah penyelesaian. Peran sumber daya manusia juga terlihat pada tahap proses pengkodean diagnosis dan tindakan medis yang dilakukan oleh coder. Berdasarkan hasil wawancara dengan coder pertama, beban kerja yang dihadapi saat ini relatif lebih ringan dibandingkan dengan kondisi sebelumnya. Hal ini disebabkan oleh adanya penambahan petugas administrasi rekam medis (ARM) yang bertugas melakukan peninjauan rekam medis secara langsung di ruang perawatan pasien melalui metode Open Medical Record Review. Dengan adanya sistem ini, petugas ARM dapat langsung mengidentifikasi ketidaklengkapan dokumen medis dan melakukan konfirmasi kepada tenaga kesehatan yang bertanggung jawab sebelum pasien dipulangkan.

Namun demikian, hasil wawancara dengan coder kedua menunjukkan adanya perbedaan persepsi terkait beban kerja. Coder kedua menyatakan bahwa beban kerja yang ada saat ini masih belum proporsional dengan jumlah klaim yang harus diproses. Dalam beberapa kondisi, petugas coder bahkan harus bekerja lembur untuk menyelesaikan proses pengkodean agar pengajuan klaim dapat dilakukan tepat waktu. Kondisi ini menunjukkan bahwa distribusi beban kerja antarpetugas masih perlu diperhatikan agar tidak menimbulkan tekanan kerja yang berlebihan.

Selain itu, tingkat pemahaman petugas terhadap pedoman INA-CBGs dan regulasi BPJS juga menjadi faktor penting dalam proses pengelolaan klaim. Coder kedua menyampaikan bahwa tingkat pemahaman terhadap regulasi yang berlaku diperkirakan sekitar 70 persen. Hal ini disebabkan oleh seringnya terjadi perubahan kebijakan atau regulasi dari BPJS yang terkadang

diberlakukan secara retroaktif atau berlaku mundur. Pada tahap verifikasi klaim, peran sumber daya manusia juga sangat penting dalam memastikan kesesuaian antara dokumen medis, kode diagnosis, serta data yang diajukan dalam sistem klaim. Verifikator internal menyampaikan bahwa jumlah petugas verifikator yang tersedia saat ini masih terbatas. Dengan jumlah klaim yang dapat mencapai seribu hingga dua ribu berkas dalam satu periode, hanya dua orang verifikator yang bertugas untuk melakukan proses verifikasi. Meskipun demikian, koordinasi antara verifikator dengan coder maupun DPJP tetap berjalan dengan baik.

Dari sisi DPJP, peran dokter sangat penting dalam memastikan kelengkapan dokumentasi medis yang menjadi dasar pengajuan klaim. Berdasarkan hasil wawancara, DPJP menyampaikan bahwa dalam proses pelayanan medis mereka dibantu oleh asisten yang membantu dalam penyusunan dokumen medis, termasuk resume medis pasien. Meskipun demikian, dokter tetap melakukan pengawasan secara langsung terhadap isi dokumen tersebut untuk memastikan bahwa informasi yang tercantum telah sesuai dengan kondisi pasien.

Hasil penelitian ini sejalan dengan (Situmorang, Aziz, & Hutapea, 2025) yang menyatakan bahwa keterbatasan jumlah petugas, kurangnya pengalaman kerja, serta beban kerja yang tinggi dapat memengaruhi ketelitian dalam proses pengolahan klaim sehingga meningkatkan risiko terjadinya klaim yang tertunda. Selain itu penelitian lain oleh (Zalukhu & Permanasari, 2025) juga menemukan bahwa kualitas sumber daya manusia, khususnya kompetensi coder, verifikator, dan petugas rekam medis, memiliki pengaruh signifikan terhadap kelancaran proses klaim. Penelitian lain yang dilakukan oleh (Laili, Aminah, Wulandari, Rafika, & K, 2025) juga menegaskan bahwa ketidaktepatan pengkodean diagnosis dapat berdampak pada ketidaksesuaian data klaim dan berpotensi memengaruhi besaran pembayaran klaim rumah sakit.

Selain kompetensi teknis, koordinasi antarunit juga menjadi faktor penting dalam pengelolaan klaim BPJS. Hal ini sejalan dengan penelitian (Fitri et al., 2024) yang menyatakan bahwa koordinasi antara unit klaim, rekam medis, serta tenaga medis merupakan salah satu strategi yang dapat dilakukan untuk mengurangi risiko klaim pending. Komunikasi yang efektif antarunit dapat membantu mengidentifikasi permasalahan klaim lebih awal sehingga dapat segera dilakukan perbaikan sebelum klaim diajukan kepada BPJS. Adapun penelitian (Widiyaningsih & Gustiawan, 2025) menjelaskan bahwa strategi pengelolaan sumber daya manusia, seperti pelatihan, peningkatan kompetensi, serta pengaturan beban kerja yang proporsional, dapat membantu meningkatkan efisiensi pengelolaan klaim serta menjaga stabilitas keuangan rumah sakit

2. Faktor Machine

Faktor machine dalam penelitian ini berkaitan dengan pemanfaatan teknologi informasi dan sistem aplikasi yang digunakan dalam proses pengelolaan klaim BPJS di rumah sakit. Berdasarkan hasil wawancara dengan koordinator casemix, diketahui bahwa rumah sakit telah menggunakan beberapa sistem informasi dalam proses pengelolaan klaim BPJS, di antaranya Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dan aplikasi e-claim. Kedua sistem tersebut digunakan untuk mendukung proses pengelolaan data pelayanan pasien serta pengajuan klaim kepada BPJS.

Integrasi sistem informasi merupakan aspek penting dalam pengelolaan klaim karena memungkinkan pertukaran data secara lebih cepat dan akurat antarunit yang terlibat, seperti unit pelayanan, rekam medis, coding, verifikasi, serta bagian klaim. Meskipun demikian, hasil penelitian menunjukkan bahwa masih terdapat beberapa kendala teknis yang terjadi dalam penggunaan sistem tersebut. Koordinator casemix menyampaikan bahwa kendala yang paling sering muncul berkaitan dengan gangguan jaringan internet yang menyebabkan sistem tidak dapat diakses secara optimal sehingga menghambat proses penginputan maupun pengiriman data klaim.

Selain pada tahap pengajuan klaim, faktor machine juga berpengaruh pada proses pengkodean diagnosis dan tindakan medis. Berdasarkan hasil wawancara dengan coder pertama,

diketahui bahwa rumah sakit sebenarnya telah memiliki aplikasi ICD elektronik yang dapat membantu proses pengkodean diagnosis. Namun dalam praktiknya, penggunaan aplikasi tersebut belum sepenuhnya optimal. Coder masih sering menggunakan pencarian melalui internet, seperti mesin pencari, untuk menemukan kode diagnosis yang sesuai. Penggunaan sumber informasi yang tidak terstandar seperti pencarian melalui internet berpotensi menimbulkan ketidaktepatan dalam penentuan kode diagnosis. Hal ini karena istilah diagnosis dari pencarian internet tidak selalu sesuai dengan terminologi yang digunakan dalam sistem klasifikasi penyakit internasional.

Hal serupa juga disampaikan oleh coder kedua yang menyatakan bahwa proses pengkodean diagnosis masih dilakukan secara manual dengan menggunakan dokumen ICD dalam format PDF serta aplikasi IDRG. Meskipun sistem tersebut relatif mudah digunakan dan dapat diakses melalui komputer, namun proses pengkodean yang masih manual membutuhkan waktu yang lebih lama dibandingkan dengan sistem yang telah terintegrasi secara otomatis dengan SIMRS.

Pada tahap verifikasi klaim, faktor teknologi juga memengaruhi efisiensi proses kerja. Berdasarkan hasil wawancara dengan verifikasi internal, diketahui bahwa proses verifikasi klaim di rumah sakit tersebut masih banyak dilakukan secara manual. Hal ini menunjukkan bahwa pemanfaatan teknologi informasi dalam proses verifikasi belum optimal. Verifikasi internal juga menyampaikan bahwa kendala teknologi yang terjadi umumnya berupa kesalahan sistem atau error pada aplikasi, meskipun secara umum tidak terlalu menghambat proses verifikasi klaim. Selain itu, proses transisi menuju penggunaan sistem digital juga memerlukan proses adaptasi bagi para petugas yang terlibat dalam pengelolaan klaim. Penerapan sistem baru sering kali memerlukan waktu bagi pengguna untuk memahami cara kerja sistem tersebut secara optimal.

Temuan ini sejalan dengan penelitian (Nur, Rahayu, & Veranita, 2025) yang menyatakan bahwa ketersediaan sistem informasi rumah sakit yang terintegrasi menjadi salah satu kekuatan utama dalam optimalisasi klaim JKN karena mempermudah koordinasi data pelayanan, rekam medis, dan proses klaim secara lebih efisien. Selain itu, integrasi sistem informasi juga memudahkan pertukaran data antarunit pelayanan seperti rekam medis, unit casemix, coder, dan verifikasi. Hal ini sejalan dengan penelitian (Lesmana & Taufik, 2023) yang mengembangkan sistem monitoring klaim BPJS berbasis dashboard bridging untuk mengintegrasikan berbagai sumber data di rumah sakit. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa sistem digital terintegrasi dapat meningkatkan efisiensi analisis klaim dan mempercepat pengambilan keputusan dalam pengelolaan klaim rumah sakit.

Meskipun sistem informasi telah digunakan dalam pengelolaan klaim, berbagai kendala teknis masih dapat terjadi dalam implementasinya. Gangguan jaringan internet dan belum optimalnya integrasi sistem sering menjadi hambatan dalam proses penginputan maupun pengiriman data klaim. Temuan ini sejalan dengan penelitian (Oktarina & Novratilova, 2025) yang menyatakan bahwa kendala teknis seperti koneksi internet yang tidak stabil, integrasi sistem yang belum optimal, serta proses pemindaian dokumen secara manual dapat menghambat proses pengajuan klaim BPJS di rumah sakit. Pada proses dokumentasi medis dan pengajuan klaim, pemanfaatan sistem digital juga terbukti dapat meningkatkan efisiensi pengelolaan klaim rumah sakit. Penelitian yang dilakukan oleh (Manik et al., 2023) menunjukkan bahwa pengembangan sistem e-resume medis berbasis elektronik dapat membantu melengkapi informasi yang dibutuhkan dalam pengajuan klaim INA-CBGs serta mengurangi potensi terjadinya dispute atau klaim bermasalah.

3. Faktor Method

Faktor method dalam penelitian ini berkaitan dengan keberadaan standar operasional prosedur (SOP), pedoman kerja, serta mekanisme yang digunakan dalam proses pengelolaan klaim BPJS di rumah sakit. Berdasarkan hasil wawancara dengan koordinator casemix, diketahui bahwa

rumah sakit belum memiliki SOP yang secara khusus dan baku mengatur proses pengelolaan klaim BPJS. Hasil wawancara dengan coder pertama juga menunjukkan bahwa belum terdapat SOP internal yang secara spesifik mengatur proses coding diagnosis menggunakan sistem INA-CBGs. Dalam praktiknya, coder lebih banyak mengacu pada pedoman pengkodean diagnosis berdasarkan standar *International Classification of Diseases* (ICD). Namun demikian, dalam beberapa kasus terdapat perbedaan antara pedoman coding berdasarkan ICD dengan ketentuan yang diterapkan oleh BPJS dalam sistem INA-CBGs.

Perbedaan interpretasi tersebut dapat menimbulkan permasalahan dalam proses klaim. Coder pertama menjelaskan bahwa dalam beberapa kasus BPJS memiliki kesepakatan tertentu terkait penggunaan kode diagnosis yang berbeda dengan pedoman coding standar. Oleh karena itu, agar klaim tidak mengalami pending, petugas coding sering kali harus menyesuaikan kode diagnosis dengan ketentuan yang disepakati oleh BPJS. Apabila tidak tercapai kesepakatan pada tahap revisi pertama maupun revisi kedua, maka kasus tersebut dapat masuk ke dalam proses audit coding. Sementara itu, coder kedua menyampaikan bahwa dalam proses pengkodean mereka tetap menggunakan pedoman yang berasal dari standar nasional maupun internasional, seperti *Indonesian Coding Standard* (ICS) serta pedoman ICD yang diakui oleh organisasi kesehatan dunia. Dalam praktiknya, SOP yang digunakan lebih merujuk pada pedoman coding tersebut.

Perubahan kebijakan BPJS yang sering terjadi juga menjadi salah satu kendala dalam penerapan metode kerja yang konsisten. Coder kedua menyampaikan bahwa beberapa regulasi atau kebijakan BPJS terkadang diberlakukan secara retroaktif atau berlaku mundur. Kondisi ini menyebabkan petugas klaim harus menyesuaikan kembali proses coding dan pengajuan klaim terhadap kebijakan yang baru diterapkan.

Selain pada tahap coding, keterbatasan metode atau prosedur kerja juga ditemukan pada tahap verifikasi klaim. Verifikator internal menyatakan bahwa meskipun terdapat pembagian tugas dan tanggung jawab yang jelas dalam proses verifikasi klaim, hingga saat ini belum terdapat SOP yang secara khusus mengatur prosedur verifikasi klaim BPJS di rumah sakit tersebut. Di sisi lain, dari perspektif Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP), diketahui bahwa tidak terdapat SOP khusus yang mengatur pengisian resume medis yang berkaitan dengan klaim BPJS. Dokter hanya menggunakan format resume medis yang telah disediakan oleh rumah sakit.

Selain itu, DPJP juga menyampaikan bahwa dalam beberapa kasus terdapat perbedaan antara standar klinis yang digunakan oleh dokter dengan ketentuan administrasi yang diterapkan oleh BPJS. Secara klinis, suatu diagnosis tertentu mungkin sudah dapat ditegakkan berdasarkan pertimbangan medis. Namun, BPJS sering kali meminta dokumentasi tambahan atau kriteria tertentu agar klaim dapat disetujui. Perbedaan ini dapat menimbulkan kebingungan dalam proses dokumentasi medis dan berpotensi menyebabkan klaim mengalami pending.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa keberadaan standar operasional prosedur (SOP) merupakan faktor penting dalam mendukung kelancaran proses pengelolaan klaim rumah sakit. SOP yang jelas dapat membantu memastikan bahwa setiap tahapan dalam proses klaim, mulai dari Temuan ini sejalan dengan penelitian (Wahyuni dan Putri, 2021) yang menyatakan bahwa ketiadaan SOP yang jelas dalam pengelolaan klaim dapat menyebabkan ketidakkonsistenan dalam pelaksanaan tugas serta meningkatkan risiko kesalahan administrasi pada proses klaim BPJS. Keberadaan pedoman yang jelas juga berpengaruh terhadap proses pengkodean diagnosis menggunakan sistem INA-CBGs. Penelitian yang dilakukan oleh (Kusumawati et al., 2022) menunjukkan bahwa penerapan SOP coding berbasis pedoman *International Classification of Diseases* (ICD) dan *Indonesian Coding Standard* (ICS) dapat meningkatkan akurasi pengkodean diagnosis serta meminimalkan potensi terjadinya klaim pending.

Perbedaan interpretasi aturan antara pedoman coding standar dengan ketentuan yang

diterapkan oleh BPJS juga menjadi salah satu faktor yang dapat memengaruhi proses klaim rumah sakit. Penelitian yang dilakukan oleh (Pratama dan Handayani, 2023) menunjukkan bahwa ketidaksesuaian antara pedoman coding medis dengan kebijakan administratif BPJS sering menimbulkan perbedaan interpretasi dalam proses penentuan kode diagnosis. Selain pada tahap coding, metode kerja yang belum terstandar juga dapat memengaruhi proses verifikasi klaim. Penelitian yang dilakukan oleh (Sari et al., 2023) menunjukkan bahwa rumah sakit yang belum memiliki SOP verifikasi klaim yang jelas cenderung mengalami perbedaan prosedur kerja antarpetugas verifikator. Hal ini dapat menyebabkan proses verifikasi berjalan kurang efektif serta meningkatkan potensi terjadinya kesalahan dalam evaluasi dokumen klaim.

Selain itu, standar prosedur juga berkaitan erat dengan proses dokumentasi medis yang dilakukan oleh dokter penanggung jawab pelayanan. Penelitian yang dilakukan oleh (Rahmawati dan Setiawan, 2022) menunjukkan bahwa ketidaksesuaian antara standar dokumentasi medis yang digunakan oleh dokter dengan persyaratan administratif BPJS dapat menyebabkan klaim mengalami pending. Penelitian tersebut menjelaskan bahwa rumah sakit perlu memiliki pedoman khusus mengenai pengisian resume medis yang disesuaikan dengan persyaratan klaim BPJS agar dokumentasi medis dapat mendukung proses klaim secara optimal.

4. Faktor Material

Faktor material dalam penelitian ini berkaitan dengan kelengkapan, kualitas, serta ketersediaan dokumen medis yang digunakan sebagai dasar dalam proses pengajuan klaim BPJS. Berdasarkan hasil wawancara dengan koordinator casemix, salah satu penyebab utama terjadinya klaim pending adalah ketidaklengkapan dokumen, terutama dokumen pernyataan tertentu yang kadang terlupa untuk dilampirkan. Selain itu, ketidaktepatan dalam proses pengkodean diagnosis juga dapat menyebabkan klaim perlu dikonfirmasi kembali oleh pihak BPJS. Dalam beberapa kasus, BPJS juga mengusulkan perubahan kode diagnosis dengan nilai klaim yang lebih rendah, sehingga rumah sakit perlu melakukan klarifikasi dan koordinasi ulang untuk memastikan kesesuaian kode yang digunakan.

Selain masalah administratif, kualitas resume medis yang diterima dari dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP) juga menjadi faktor penting dalam proses pengajuan klaim. Koordinator casemix menyampaikan bahwa tidak semua resume medis yang diterima telah lengkap, sehingga masih memerlukan proses verifikasi tambahan sebelum berkas klaim dapat diajukan ke BPJS. Temuan tersebut juga diperkuat oleh hasil wawancara dengan coder. Coder pertama menyatakan bahwa meskipun rumah sakit telah mulai menerapkan rekam medis elektronik (RME), beberapa dokumen terutama pada pelayanan rawat inap masih menggunakan sistem manual. Dalam praktiknya, masih ditemukan resume medis yang tidak lengkap, misalnya hanya mencantumkan keluhan utama seperti sesak napas tanpa penjelasan diagnosis yang lebih spesifik.

Kondisi ini berdampak langsung terhadap proses pengkodean dan pengajuan klaim. Coder pertama menjelaskan bahwa apabila resume medis tidak memberikan informasi yang cukup, maka kode diagnosis yang dihasilkan tidak dapat mendukung klaim yang diajukan. Akibatnya, berkas klaim dapat dikembalikan untuk diperbaiki atau bahkan mengalami pending karena dianggap tidak memenuhi persyaratan administrasi yang ditetapkan oleh BPJS. Selain itu, dalam beberapa kasus dokumen penunjang seperti hasil pemeriksaan laboratorium atau tindakan medis tertentu juga tidak dilampirkan secara lengkap. Padahal, dokumen penunjang tersebut sering kali diperlukan untuk memperkuat diagnosis dan tindakan yang diklaim dalam sistem INA-CBGs.

Dampak dari ketidaklengkapan dokumen ini tidak hanya memengaruhi proses pengkodean, tetapi juga memengaruhi tahap verifikasi klaim. Verifikator internal menyampaikan bahwa dalam beberapa kasus diagnosis tertentu memerlukan bukti pemeriksaan penunjang yang relevan. Apabila dokumen penunjang tersebut tidak tersedia dalam berkas klaim, maka berkas tersebut harus

.....

dikembalikan ke unit terkait untuk dilengkapi kembali.

Dari sisi DPJP, proses pengisian resume medis dilakukan setelah pasien dinyatakan selesai menjalani perawatan. Dokter akan meninjau seluruh rekam medis pasien mulai dari awal hingga akhir pelayanan untuk memastikan bahwa diagnosis, tindakan, serta terapi yang diberikan telah tercatat dengan baik. Namun demikian, DPJP juga menyampaikan bahwa terdapat beberapa kendala dalam proses dokumentasi medis, terutama terkait perbedaan antara standar klinis yang digunakan oleh dokter dengan persyaratan administrasi yang ditetapkan oleh BPJS.

Proses pengajuan klaim BPJS juga dikemukakan oleh (Zein & Painan, 2019) bahwa kelengkapan rekam medis memiliki hubungan yang signifikan dengan keberhasilan proses klaim BPJS, di mana berkas rekam medis yang tidak lengkap dapat menyebabkan klaim tidak disetujui atau mengalami keterlambatan proses verifikasi. Hasil penelitian lain yang mendukung temuan ini disampaikan oleh (Widyaningrum, Bajeng Nurul, 2021) bahwa ketidaklengkapan dokumen, khususnya data pendukung untuk penegakan diagnosis dan prosedur tindakan, menjadi salah satu penyebab utama terjadinya klaim pending.

Penelitian yang dilakukan oleh (Astuti & Tirto, 2022) juga menunjukkan bahwa pengembalian berkas klaim BPJS sering terjadi akibat berbagai permasalahan pada dokumen rekam medis, seperti ketidaklengkapan informasi klinis, kurangnya dokumen pendukung pemeriksaan, serta ketidaksesuaian data antara dokumen medis dan sistem klaim. Penelitian terbaru juga dilakukan oleh (Yulianti & Urrahmah, 2025) yang menunjukkan bahwa ketidaklengkapan resume medis serta ketidaktepatan kode diagnosis masih menjadi faktor yang menyebabkan keterlambatan klaim BPJS. Adapun penelitian (Nazla, Latifah, Setiatin, & Anusuci, 2025) menemukan bahwa dokumen yang tidak lengkap berkontribusi terhadap tingginya jumlah klaim yang tertunda. Komponen dokumen yang paling sering tidak lengkap adalah dokumen pemeriksaan penunjang seperti laboratorium dan radiologi.

5. Faktor Money

Faktor finansial merupakan salah satu aspek penting dalam pengelolaan klaim BPJS di rumah sakit, karena pembayaran pelayanan kesehatan kepada rumah sakit sangat bergantung pada keberhasilan proses pengajuan klaim. Berdasarkan hasil wawancara dengan koordinator casemix, klaim pending memiliki dampak yang cukup signifikan terhadap kondisi keuangan rumah sakit. Klaim yang belum dapat dibayarkan oleh BPJS akan menghambat aliran dana yang seharusnya diterima rumah sakit sebagai kompensasi atas pelayanan yang telah diberikan kepada pasien. Koordinator casemix menyatakan bahwa klaim pending dapat memengaruhi pembayaran jasa pelayanan serta operasional rumah sakit. Hal ini terjadi karena sebagian besar pendapatan rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS berasal dari pembayaran klaim pelayanan kesehatan yang diajukan melalui sistem INA-CBGs.

Keterlambatan pembayaran klaim tidak hanya berdampak pada aspek administrasi, tetapi juga dapat memengaruhi kesejahteraan tenaga kesehatan. Pembayaran jasa pelayanan medis bagi tenaga kesehatan di rumah sakit umumnya berasal dari pendapatan yang diperoleh melalui klaim BPJS. Selain itu, klaim pending juga dapat memengaruhi kelancaran operasional rumah sakit. Dana yang diterima dari BPJS digunakan untuk mendukung berbagai kegiatan operasional, seperti pengadaan obat dan alat kesehatan, pemeliharaan fasilitas rumah sakit, serta pembiayaan kegiatan pelayanan lainnya.

Hasil wawancara juga menunjukkan bahwa salah satu faktor yang menyebabkan terjadinya klaim pending adalah penumpukan berkas klaim yang diserahkan kepada unit pengelola klaim dalam waktu yang hampir bersamaan. Koordinator casemix menjelaskan bahwa dalam beberapa kasus, unit pelayanan menyerahkan berkas klaim mendekati batas waktu pengajuan yang telah ditentukan. Kondisi ini menyebabkan proses verifikasi dan pengajuan klaim harus dilakukan dalam

.....

waktu yang relatif singkat, sehingga meningkatkan risiko terjadinya kesalahan atau ketidaklengkapan dokumen.

Penumpukan berkas klaim tersebut berdampak pada efektivitas proses verifikasi. Ketika jumlah berkas yang harus diverifikasi dalam waktu singkat sangat banyak, maka petugas verifikator harus bekerja lebih cepat untuk memenuhi target pengajuan klaim. Hal ini dapat meningkatkan kemungkinan terjadinya kesalahan administrasi atau dokumen yang belum diverifikasi secara optimal, yang pada akhirnya dapat menyebabkan klaim tersebut mengalami pending. Dalam menghadapi kondisi tersebut, manajemen rumah sakit biasanya akan memanggil pihak terkait untuk mengetahui penyebab terjadinya klaim pending dan mencari solusi yang dapat dilakukan untuk mencegah kejadian serupa di masa mendatang. Namun, upaya yang dilakukan masih bersifat evaluatif dan belum menyentuh aspek perbaikan sistem secara menyeluruh.

Penelitian ini sejalan dengan (Sari Wulandari dan Andi Kurniawan, 2021) menyatakan bahwa keterlambatan pembayaran klaim BPJS dapat memengaruhi stabilitas keuangan rumah sakit. Kondisi ini memaksa manajemen rumah sakit melakukan penyesuaian dalam pengelolaan anggaran operasional agar pelayanan kesehatan tetap berjalan. Penelitian lain yang dilakukan oleh (Rina et al., 2022) juga menunjukkan bahwa sebagian besar pendapatan rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS berasal dari pembayaran klaim INA-CBGs. Oleh karena itu, ketika klaim mengalami pending dalam jumlah besar, maka pembagian insentif atau jasa pelayanan kepada tenaga kesehatan juga dapat mengalami keterlambatan.

Temuan serupa juga dilaporkan oleh (Yuliana Putri dan Hendra Gunawan, 2023) menyatakan bahwa dana klaim BPJS yang tertunda dapat menghambat pengadaan obat, alat kesehatan, serta pemeliharaan fasilitas pelayanan kesehatan, sehingga rumah sakit harus melakukan pengelolaan keuangan secara lebih hati-hati untuk menjaga kelangsungan pelayanan kepada pasien. Penelitian oleh (Maya Rahmawati dan Agus Santoso, 2024) menunjukkan bahwa salah satu penyebab utama terjadinya klaim pending adalah penumpukan berkas klaim serta ketidaksiapan dokumen yang diserahkan mendekati batas waktu pengajuan sehingga menyebabkan proses verifikasi dilakukan dalam waktu yang sangat terbatas sehingga meningkatkan risiko kesalahan administrasi.

B. Proses

Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa informan, diketahui bahwa proses pengelolaan klaim BPJS di rumah sakit dilaksanakan melalui beberapa tahapan yang saling berkaitan mulai dari pengumpulan berkas rekam medis, proses pengkodean dan entry data INA-CBGs, pengajuan klaim, verifikasi internal, hingga audit pascaklaim oleh BPJS Kesehatan.

Tahap pertama dalam proses pengelolaan klaim BPJS adalah pengumpulan berkas rekam medis pasien setelah pasien selesai menjalani pelayanan dan dinyatakan pulang dari rumah sakit. Berdasarkan penjelasan koordinator casemix, setelah pasien pulang, berkas rekam medis akan dikumpulkan oleh petugas administrasi rekam medis (ARM) dari unit pelayanan tempat pasien dirawat. Berkas tersebut kemudian diserahkan kepada bagian pengelola klaim untuk dilakukan pemeriksaan awal. Pada tahap ini dilakukan pengecekan kelengkapan dokumen rekam medis yang menjadi syarat pengajuan klaim, seperti resume medis, catatan perkembangan pasien, hasil pemeriksaan penunjang, serta dokumen tindakan medis yang dilakukan selama masa perawatan. Hasil wawancara dengan coder juga menunjukkan bahwa sebelum dilakukan proses coding, berkas yang diterima harus dianalisis terlebih dahulu dari segi kelengkapan dokumen baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Selain itu, DPJP bertanggung jawab dalam penyusunan resume medis yang menggambarkan secara ringkas perjalanan penyakit pasien, tindakan yang diberikan, serta hasil akhir dari pelayanan yang telah dilakukan. Resume medis ini menjadi dokumen utama yang digunakan dalam proses pengkodean diagnosis dan tindakan.

Tahap selanjutnya adalah proses entry data INA-CBGs yang dilakukan oleh petugas coder.

Berdasarkan hasil wawancara, coder memiliki tanggung jawab untuk melakukan pengkodean diagnosis dan tindakan medis berdasarkan standar klasifikasi penyakit yaitu ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk tindakan medis. Coder menjelaskan bahwa setelah berkas rekam medis dinyatakan lengkap dan telah melalui tahap verifikasi awal, selanjutnya dilakukan analisis terhadap diagnosis utama, diagnosis sekunder, serta prosedur tindakan yang tercatat dalam rekam medis. Informasi tersebut kemudian dikodekan sesuai dengan kaidah pengkodean yang berlaku. Setelah proses coding selesai dilakukan, data tersebut dimasukkan ke dalam sistem klaim rumah sakit untuk dilakukan proses grouping. Proses grouping ini akan menghasilkan kelompok tarif INA-CBGs yang sesuai dengan diagnosis dan tindakan yang diberikan kepada pasien.

Setelah proses coding dan entry data selesai dilakukan, tahapan berikutnya adalah pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan. Koordinator casemix menjelaskan bahwa setelah seluruh data klaim selesai diproses dan difinalisasi dalam sistem, dokumen klaim kemudian dikelompokkan dan disusun dalam satu berkas yang berisi hasil tarikan klaim dari sistem serta dokumen pendukung lainnya yang dipersyaratkan oleh BPJS Kesehatan. Setelah seluruh dokumen telah lengkap dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, berkas klaim tersebut akan dikirimkan oleh tim pengelola klaim ke pihak BPJS Kesehatan.

Sebelum klaim diajukan kepada BPJS, dilakukan terlebih dahulu proses verifikasi internal oleh pihak rumah sakit. Proses verifikasi ini meliputi pengecekan kelengkapan dokumen rekam medis, kesesuaian antara diagnosis yang tercantum dalam resume medis dengan tindakan medis yang dilakukan, serta kesesuaian antara data yang tercatat dalam rekam medis dengan data yang telah diinput ke dalam sistem klaim. Apabila ditemukan dokumen yang belum lengkap atau terdapat ketidaksesuaian data, maka berkas tersebut akan dikembalikan kepada unit terkait untuk diperbaiki atau dilengkapi terlebih dahulu sebelum diajukan ke BPJS.

Tahap terakhir dalam proses pengelolaan klaim BPJS adalah audit atau verifikasi pascaklaim yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan. Berdasarkan penjelasan koordinator casemix, BPJS memiliki sistem verifikasi yang menggunakan algoritma tertentu untuk memeriksa dan memfilter data klaim yang diajukan oleh rumah sakit. Sistem tersebut akan mendeteksi adanya ketidaksesuaian data, kekurangan dokumen, atau potensi kesalahan dalam pengkodean diagnosis dan tindakan. Apabila ditemukan ketidaksesuaian atau informasi yang belum jelas, maka klaim tersebut akan dikembalikan kepada rumah sakit dalam bentuk klaim pending untuk dilakukan klarifikasi atau perbaikan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa proses pengelolaan klaim BPJS di rumah sakit telah dilaksanakan melalui tahapan yang sistematis dan melibatkan berbagai pihak yang memiliki peran masing-masing. Apabila seluruh tahapan tersebut dapat dilaksanakan dengan baik dan sesuai dengan prosedur yang berlaku, maka proses klaim BPJS dapat berjalan lebih efektif dan risiko terjadinya klaim pending dapat diminimalkan.

Penelitian ini sejalan dengan yang dilakukan oleh (Rachmawati dan Wulandari, 2021) menunjukkan bahwa proses pengelolaan klaim BPJS di rumah sakit umumnya terdiri dari beberapa tahapan utama yang memiliki peran penting dalam menentukan keberhasilan klaim yang diajukan oleh rumah sakit. Koordinasi antara tenaga kesehatan, petugas rekam medis, coder, serta verifikasi internal sangat diperlukan untuk memastikan bahwa seluruh dokumen dan data yang digunakan dalam proses klaim telah sesuai dengan ketentuan sistem INA-CBGs. Penelitian lain yang dilakukan oleh (Pratiwi dan Sari, 2022) juga menjelaskan bahwa kelengkapan dokumen seperti resume medis, catatan perkembangan pasien, hasil pemeriksaan penunjang, serta laporan tindakan medis merupakan syarat utama dalam proses pengajuan klaim.

Penelitian yang dilakukan oleh (Putra dan Hidayat, 2023) menjelaskan bahwa proses pengkodean diagnosis dan tindakan medis menggunakan standar klasifikasi penyakit seperti ICD-

10 dan ICD-9-CM merupakan tahapan yang sangat menentukan dalam sistem pembayaran INA-CBGs. Penelitian tersebut menyatakan bahwa ketepatan proses coding sangat berpengaruh terhadap hasil grouping tarif INA-CBGs yang akan diterima oleh rumah sakit. Penelitian oleh (Lestari dan Yuliani, 2020) juga menegaskan bahwa verifikasi internal dilakukan untuk memastikan kesesuaian antara data yang tercatat dalam rekam medis dengan data yang telah dimasukkan ke dalam sistem klaim. Verifikasi juga dilakukan untuk memeriksa kelengkapan dokumen pendukung serta memastikan bahwa diagnosis dan tindakan yang dikodekan telah sesuai dengan kondisi klinis pasien.

C. Output

Berdasarkan hasil wawancara dengan beberapa informan, diketahui bahwa output dari proses pengelolaan klaim BPJS di rumah sakit dapat dilihat dari beberapa indikator, yaitu klaim layak bayar, klaim pending, dispute klaim, serta dampaknya terhadap efisiensi keuangan rumah sakit. Klaim layak bayar merupakan klaim yang telah memenuhi seluruh persyaratan administrasi, kelengkapan dokumen, serta kesesuaian antara diagnosis, tindakan, dan hasil pengkodean yang tercantum dalam rekam medis pasien. Berdasarkan hasil wawancara dengan koordinator casemix, klaim yang telah melalui proses verifikasi internal, pengkodean oleh tim coder, serta penginputan data ke dalam sistem klaim akan difinalisasi dan disusun bersama dokumen pendukung sebelum diajukan kepada BPJS Kesehatan. Proses tersebut menunjukkan bahwa klaim yang diajukan telah melalui tahapan pemeriksaan untuk memastikan dokumen yang dilampirkan lengkap dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Hal ini juga diperkuat oleh pernyataan verifikasi internal yang menjelaskan bahwa sebelum klaim diajukan kepada BPJS, berkas terlebih dahulu diperiksa untuk memastikan kesesuaian antara data rekam medis dengan data yang diinput dalam sistem klaim.

Namun demikian, tidak semua klaim yang diajukan oleh rumah sakit langsung dinyatakan layak bayar oleh BPJS. Salah satu output yang sering terjadi dalam proses klaim adalah klaim pending. Klaim pending merupakan kondisi ketika klaim yang diajukan oleh rumah sakit dikembalikan oleh BPJS karena terdapat ketidaksesuaian data, ketidaklengkapan dokumen, atau diperlukan klarifikasi tambahan terkait diagnosis maupun tindakan medis yang tercantum dalam rekam medis. Berdasarkan hasil wawancara dengan koordinator casemix, klaim pending merupakan hal yang cukup umum terjadi dalam proses klaim BPJS karena BPJS memiliki sistem verifikasi tersendiri yang digunakan untuk memeriksa data klaim yang diajukan oleh rumah sakit. Sistem tersebut dapat mendeteksi adanya ketidaksesuaian atau data yang memerlukan klarifikasi sehingga klaim tersebut dikembalikan kepada rumah sakit untuk diperbaiki. Selain itu, coder juga menyampaikan bahwa salah satu penyebab utama klaim pending adalah ketidaklengkapan pengisian dokumen rekam medis serta ketidaksesuaian antara kode diagnosis yang diberikan dengan informasi yang tercantum dalam resume medis pasien.

Selain klaim pending, output lain yang dapat muncul dalam proses pengelolaan klaim BPJS adalah dispute klaim. Berdasarkan hasil wawancara dengan koordinator casemix, terdapat beberapa kasus dimana klaim yang awalnya dipending oleh BPJS setelah dilakukan verifikasi kembali oleh pihak rumah sakit ternyata dinilai layak untuk dibayarkan. Dalam kondisi tersebut, pihak rumah sakit dapat melakukan klarifikasi kepada BPJS dengan melampirkan dokumen pendukung yang diperlukan untuk menjelaskan kesesuaian klaim tersebut. Hal serupa juga disampaikan oleh verifikasi internal yang menjelaskan bahwa setelah BPJS mengembalikan klaim pending kepada rumah sakit, pihak pengelola klaim akan meninjau kembali dokumen yang ada untuk menentukan apakah klaim tersebut perlu diperbaiki atau dapat dipertahankan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa output dari proses pengelolaan klaim BPJS di rumah sakit tidak hanya berkaitan dengan keberhasilan klaim untuk dinyatakan layak bayar, tetapi juga

mencakup kemungkinan terjadinya klaim pending dan dispute klaim yang memerlukan proses klarifikasi lebih lanjut. Penelitian ini sejalan oleh (Fitriani dan Handayani, 2021) menunjukkan bahwa output utama dari proses pengelolaan klaim BPJS di rumah sakit dapat dilihat dari status klaim yang diajukan, yaitu klaim layak bayar, klaim pending, dan klaim yang memerlukan klarifikasi lebih lanjut.

Penelitian lain yang dilakukan oleh (Pratama dan Setiawan, 2022) menemukan bahwa salah satu output yang paling sering muncul dalam proses pengelolaan klaim BPJS adalah klaim pending. Klaim pending terjadi ketika BPJS menemukan adanya ketidaksesuaian antara data yang diajukan dengan dokumen pendukung yang tercantum dalam rekam medis pasien. Penelitian tersebut menjelaskan bahwa penyebab utama klaim pending biasanya berkaitan dengan ketidaklengkapan dokumen rekam medis, ketidaksesuaian antara diagnosis dengan tindakan medis, serta kesalahan dalam proses pengkodean diagnosis dan prosedur tindakan. Selain klaim pending, penelitian yang dilakukan oleh (Wulandari dan Kurniawati, 2023) juga menjelaskan adanya fenomena dispute klaim dalam sistem klaim BPJS. Dispute klaim terjadi ketika rumah sakit melakukan klarifikasi atau mempertahankan klaim yang sebelumnya dipending oleh BPJS karena rumah sakit menilai bahwa klaim tersebut telah sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Penelitian yang dilakukan oleh (Rahmawati dan Utami, 2020) menjelaskan bahwa output dari proses klaim BPJS juga memiliki dampak langsung terhadap efisiensi keuangan rumah sakit. Dalam penelitian tersebut disebutkan bahwa klaim yang berhasil dibayarkan tepat waktu dapat mendukung kelancaran arus kas rumah sakit dan membantu pembiayaan operasional pelayanan kesehatan.

KESIMPULAN

Sumber daya manusia dalam pengelolaan klaim BPJS di rumah sakit secara umum sudah cukup dan koordinasi antarunit berjalan baik. Namun, sebagian petugas masih tergolong tenaga baru sehingga pengalaman, pemahaman regulasi, serta distribusi beban kerja masih perlu ditingkatkan. Faktor machine dalam pengelolaan klaim BPJS sudah didukung oleh sistem informasi seperti SIMRS dan e-claim. Namun, pemanfaatannya belum sepenuhnya optimal karena masih terdapat kendala jaringan dan beberapa proses yang masih dilakukan secara manual. Faktor method dalam pengelolaan klaim BPJS belum sepenuhnya optimal karena belum adanya SOP khusus yang mengatur secara baku proses coding, verifikasi, dan pengajuan klaim. Faktor material dalam pengelolaan klaim BPJS berkaitan dengan kelengkapan dan kualitas dokumen medis sebagai dasar pengajuan klaim. Namun, masih ditemukan dokumen yang belum lengkap atau kurang jelas sehingga dapat menghambat proses pengkodean dan verifikasi serta berpotensi menyebabkan klaim pending. Faktor money berkaitan dengan dampak klaim pending terhadap kondisi keuangan rumah sakit. Klaim pending dapat menghambat aliran dana dari BPJS sehingga memengaruhi pembayaran jasa pelayanan tenaga kesehatan dan operasional rumah sakit. Proses pengelolaan klaim BPJS di rumah sakit dilakukan melalui beberapa tahapan, yaitu pengumpulan berkas rekam medis, proses coding dan entry data INA-CBGs, verifikasi internal, pengajuan klaim, hingga audit oleh BPJS. Kelancaran proses ini sangat dipengaruhi oleh kelengkapan dokumen, ketepatan pengkodean, serta koordinasi yang baik antara tenaga medis, petugas rekam medis, coder, dan verifikator. Output dari proses pengelolaan klaim BPJS meliputi klaim layak bayar, klaim pending, dan dispute klaim yang memengaruhi efisiensi keuangan rumah sakit. Keberhasilan klaim sangat dipengaruhi oleh kelengkapan dokumen rekam medis, ketepatan proses coding, serta koordinasi

.....

yang baik antarpetugas dalam pengelolaan klaim.

DAFTAR REFERENSI

- Astuti, N. D., & Tirto, J. (2022). *Tinjauan Penyebab Pengembalian Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Literature Review on Causes of Claim Return for Inpatients ' Social Security for Health Agency Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Poltekkes Kemenkes Semarang*. 5(2).
- Bertalanffy, L. von. (1968). *General system theory: Foundations, development, applications*. New York: George Braziller.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Farhansyah, F., Cahyani, H., & Amanda, J. (2024). Faktor penyebab pending klaim berkas BPJS kesehatan pelayanan rawat jalan di rumah sakit X. *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 5(3). <https://doi.org/10.31004/jkt.v5i3.33079>
- Ishikawa, K. (1985). *What is total quality control? The Japanese way*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Laili, F., Aminah, S., Wulandari, S., Rafika, K., & K, N. V. (2025). *The Efficacy of Utilizing BPJS Health Claim Big Data on the Accuracy of Diagnosis Coding in Type B Hospital Medical Records*. 01(02), 34–44.
- Lam, J. (2014). *Enterprise risk management: From incentives to controls (2nd ed.)*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Lesmana, A., & Taufik, A. (2023). *DEVELOPMENT OF A BPJS HOSPITAL CLAIMS MONITORING SYSTEMS VIA BRIDGING DASHBOARD*. 7(2), 295–305. <https://doi.org/10.52362/jisicom.v7i2.1274>
- Maisaroh, A. R., Sulaiman, L., & Sismulyanto. (2024). Faktor pending klaim BPJS di Rumah Sakit Umum Daerah Provinsi NTB. *Jurnal Kesehatan Qamarul Huda*, 12(1), 42–47.
- Manik, Puseng, Johni S Pasaribu, Irda Sari, J. S. (2023). *ISSN No. 1978-3787 Open Journal Systems* 2891
.....
17(1978), 2891–2898.
- Nazla, F., Latifah, N., Setiatin, S., & Anusuci, E. (2025). *Analisis Deskriptif Kelengkapan Dokumen Rawat Inap BPJS Terhadap Pengklaiman Di RSUD Kota Bandung Periode Agustus 2025*. 4(4).
- Nur, P., Rahayu, A., & Veranita, M. (2025). *Strategi Optimalisasi Klaim JKN di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Bandung*. 5(12), 4437–4454.
- Oktarina, N., & Novratilova, S. (2025). *EVALUASI SISTEM CASEMIX DALAM PROSES KLAIM BPJS : STUDI*. 9, 3150–3154.
- Situmorang, B. A., Aziz, A., & Hutapea, F. (2025). *Analysis of Factors Causing Pending BPJS Health Claims for Inpatients at Kartika Husada Setu Hospital in 2024*. 6(1), 549–555.
- Triatmaja, A. B., Wijayanti, R. A., & Nuraini, N. (2022). Tinjauan penyebab klaim pending BPJS kesehatan di RSU Haji Surabaya. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 3(2), 131–138.
-

- Utami, Y. T., Akbar, P. S., Amelia, R., & Sari, S. Y. (2024). Faktor penyebab pending klaim BPJS rawat inap dengan penerapan rekam medis elektronik di RSUD dr. Moewardi Surakarta. *Prosiding SIKesNas*, 406–413.
- Widiyaningsih, M. V., & Gustiawan, M. R. (2025). *Human Resource and Financial Management Strategies of Hospitals in Collaboration with BPJS (A Systematic Literature Review)*. 7(2), 450–463. <https://doi.org/10.61992/jiem.v7i2.154>
- Widyaningrum, Bajeng Nurul, B. R. A. R. (2021). *Pengaruh Kelengkapan Dokumen Klaim INA-CBG ' S di RS Pantiwilasa Politeknik Bina Trada Semarang*. 1(2), 0–5.
- Yulianti, M. S., & Urrahmah, H. (2025). *Analisis Kelengkapan Resume Medis dan Akurasi Koding Terhadap Ketepatan Klaim BPJS Di RSUD Provinsi NTB Tahun 2024*. 4(1).
- Zalukhu, L. A., & Permanasari, V. Y. (2025). *Scoping Review : Factors Causing Claim Pending in Indonesian Hospitals*. 6(9), 252–262.
- Zein, I. N. M., & Painan, H. (2019). *Jurnal Kesehatan Medika Saintika*. 11–15.
-