

ANALISA FAKTOR PENYEBAB KLAIM PENDING BPJS KESEHATAN PASIEN RAWAT INAP DI RS ALI SIBROH MALISI

Muhammad Fadly Salahuddin¹, Laila Ulfa², Grace Rumengan³

fadly.5291@gmail.com¹

Universitas Respati Indonesia

ABSTRAK

Faktor-faktor penyebab klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap yang tertunda di RS Ali Sibroh Malisi pada periode Januari hingga Juni 2025. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi penyebab keterlambatan klaim, dengan fokus pada sumber daya manusia, pengelolaan rekam medis, prosedur operasional standar (SOP), kebijakan, dan penggunaan teknologi. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketidaklengkapan dokumen medis, khususnya data pasien dan kode diagnosis yang tidak akurat atau tidak lengkap, berkontribusi secara signifikan terhadap keterlambatan pemrosesan klaim. Secara khusus, pada periode April hingga Juni 2025, klaim yang tertunda mencatatkan angka 13,10%, 13,90%, dan 13,59% dari total klaim, yang melebihi persentase ideal klaim tertunda (<10%). Penelitian ini juga mengidentifikasi bahwa kurangnya integrasi sistem rekam medis rumah sakit dan prosedur verifikasi yang lambat menjadi faktor utama penyebab keterlambatan tersebut. Temuan ini menyoroti perlunya peningkatan pelatihan, perbaikan SOP, dan integrasi sistem rekam medis yang lebih baik untuk mengurangi penolakan klaim dan status tertunda. Oleh karena itu, penelitian ini memberikan rekomendasi yang dapat diterapkan untuk memperlancar proses klaim, meningkatkan kelengkapan dokumen, dan memastikan kepatuhan terhadap standar BPJS Kesehatan.

Kata Kunci: Klaim BPJS Kesehatan, Klaim Tertunda, Rekam Medis Elektronik, Proses Klaim.

ABSTRACT

The factors causing pending BPJS Health claims for inpatient patients at RS Ali Sibroh Malisi from January to June 2025. The study aims to identify the causes of claim delays, focusing on human resources, medical records management, Standard Operating Procedures (SOP), policies, and the use of technology. The results show that incomplete medical documentation, particularly inaccurate or incomplete patient data and diagnosis codes, significantly contribute to delays in claims processing. Specifically, from April to June 2025, pending claims accounted for 13.10%, 13.90%, and 13.59% of the total claims, which exceeds the ideal percentage for pending claims (<10%). The research also identifies that insufficient integration of the hospital's medical records system and slow verification procedures are major contributing factors to the delays. These findings highlight the need for enhanced training, improved SOPs, and better integration of medical records systems to reduce claim rejections and pending status. Therefore, the research provides actionable recommendations to streamline the claims process, improve document completeness, and ensure compliance with BPJS Health standards.

Keywords: BPJS Health Claims, Pending Claims, Electronic Medical Records, Claims Process.

PENDAHULUAN

Rumah sakit memegang peranan krusial sebagai fasilitas kesehatan yang menyediakan layanan menyeluruh, mulai dari rawat inap, rawat jalan, hingga penanganan kegawatdaruratan [1]. Dalam konteks Indonesia, penyelenggaraan layanan kesehatan terintegrasi dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan. Program ini resmi beroperasi sejak 1 Januari 2014 [2], dengan tujuan utama memastikan seluruh lapisan masyarakat memperoleh akses layanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau. Sebagai fasilitas kesehatan rujukan, rumah sakit memiliki kewajiban untuk mengajukan klaim biaya perawatan pasien JKN kepada BPJS Kesehatan. Proses ini melibatkan serangkaian verifikasi yang ketat, termasuk pemeriksaan

kelengkapan dokumen administrasi dan kesesuaian data layanan [3].

Setelah pasien menyelesaikan seluruh rangkaian perawatan di rumah sakit, pihak rumah sakit akan memulai proses pengajuan klaim. Dokumen yang harus disertakan dalam klaim ini sangat bervariasi, meliputi rekapitulasi pelayanan, Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis, keterangan diagnosis, serta berbagai berkas pendukung lain yang relevan. Seluruh kelengkapan ini wajib dipenuhi agar pembiayaan yang telah dikeluarkan selama perawatan dapat diganti sesuai dengan tarif yang ditetapkan dalam sistem Indonesia Case Base Groups (INA-CBG's) [4].

Proses verifikasi klaim oleh BPJS Kesehatan terdiri dari tiga tahap: verifikasi administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan, dan verifikasi atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan [5]. Apabila dalam proses ini ditemukan ketidaksesuaian atau ketidaklengkapan dokumen, klaim tersebut akan dikembalikan kepada pihak rumah sakit atau masuk dalam status klaim tertunda (pending claim). Status klaim pending ini akan mengakibatkan terganggunya kinerja keuangan dan operasional rumah sakit jika tidak dikelola dengan baik. Situasi ini menuntut rumah sakit untuk secara proaktif melakukan klarifikasi dan melengkapi kembali dokumen yang dibutuhkan [6].

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan tahun 2021, suatu klaim dapat dinyatakan pending apabila dokumen yang diunggah oleh rumah sakit belum lengkap atau memerlukan data administratif tambahan [7]. Berbagai faktor dapat menjadi penyebab klaim pending, termasuk dokumen yang tidak lengkap, kesalahan pengkodean INA-CBG's, ketidaksesuaian antara dokumen medis dan klaim, serta keterlambatan input data. Masalah lain yang juga sering muncul adalah perbedaan persepsi koding antara pihak rumah sakit dan verifikator BPJS, serta kurangnya kompetensi petugas klaim [8].

Rumah Sakit Ali Sibroh Malisi, yang merupakan rumah sakit tipe C di Jakarta Selatan, telah menjadi mitra BPJS Kesehatan sejak tahun 2014. Sebagai respons terhadap peraturan pemerintah, rumah sakit ini mulai mengimplementasikan penggunaan Rekam Medis Elektronik (RME) pada 1 Januari 2024. Meskipun RME menawarkan banyak keuntungan, seperti keamanan data dan efisiensi penyimpanan, perubahan sistem ini juga membawa tantangan baru bagi setiap divisi, termasuk dalam proses klaim BPJS Kesehatan.

Hasil observasi menunjukkan bahwa sejak implementasi RME, terjadi peningkatan signifikan dalam persentase klaim pending. Secara spesifik, pada periode April hingga Juni 2025, persentase klaim layak menurun drastis, dengan klaim pending pasien rawat inap mencapai 13,10%, 13,90%, dan 13,59%. Angka-angka ini jauh melebihi standar ideal klaim pending yang seharusnya kurang dari 10%. Penurunan ini mengindikasikan adanya permasalahan mendasar dalam alur kerja klaim yang perlu ditelaah lebih dalam.

Tingginya angka klaim pending ini menjadi masalah krusial bagi RS Ali Sibroh Malisi karena berdampak pada arus kas rumah sakit dan dapat mengganggu operasional. Penurunan yang signifikan dalam pembayaran klaim dapat menghambat pemenuhan kewajiban rutin seperti pembayaran gaji, pembelian obat, dan alat medis. Kondisi ini berpotensi menurunkan kualitas pelayanan dan kepercayaan pasien terhadap rumah sakit. Oleh karena itu, penelitian ini menjadi sangat penting untuk mengidentifikasi dan menganalisis faktor-faktor yang menjadi penyebab utama klaim pending [9].

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan wawancara mendalam, observasi dokumen, dan analisis data, yang dikombinasikan dengan metode kuantitatif. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi secara komprehensif faktor-faktor yang menjadi penyebab klaim pending pasien rawat inap BPJS Kesehatan di RS Ali Sibroh Malisi. Dengan menggunakan kerangka teori pendekatan sistem, penelitian ini akan menganalisis masalah dari sisi input (sumber daya manusia, rekam medis, SOP, kebijakan, dan

teknologi informasi), proses (pelayanan administrasi, rekapitulasi berkas, dan pengkodean), serta output (klaim yang diajukan) [10].

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan masukan praktis bagi pihak rumah sakit untuk memperbaiki sistem pengajuan klaim. Perbaikan ini mencakup peningkatan kompetensi sumber daya manusia, perbaikan prosedur operasional, dan optimalisasi penggunaan teknologi informasi. Dengan demikian, rumah sakit dapat menekan angka klaim pending, meningkatkan efisiensi operasional, dan memastikan keberlanjutan layanan kesehatan yang berkualitas bagi seluruh peserta JKN.

Secara keseluruhan, penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi akar permasalahan klaim pending di RS Ali Sibroh Malisi, yang merupakan cerminan dari tantangan yang dihadapi oleh banyak rumah sakit di era JKN. Dengan memahami faktor-faktor ini, langkah-langkah strategis dapat dirumuskan untuk menciptakan sistem klaim yang lebih efisien, akurat, dan sesuai dengan standar BPJS Kesehatan, yang pada akhirnya akan memperkuat peran rumah sakit sebagai penyedia layanan kesehatan yang andal dan terpercaya.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan campuran (Mixed Method Research), menggabungkan metode kualitatif dan kuantitatif, dengan desain Sequential Exploratory [11]. Pendekatan ini dipilih untuk mendapatkan pemahaman yang komprehensif tentang faktor-faktor yang menyebabkan klaim pending di RS Ali Sibroh Malisi. Penelitian kualitatif dilakukan terlebih dahulu untuk menggali isu secara mendalam, lalu dilanjutkan dengan penelitian kuantitatif untuk mengonfirmasi temuan awal.

A. Subjek Penelitian

Subjek penelitian ini dirancang untuk mencakup data kuantitatif dan informan kualitatif, yang keduanya dipilih secara cermat untuk memberikan gambaran yang komprehensif mengenai permasalahan klaim pending. Untuk analisis kuantitatif, subjek penelitian berfokus pada berkas rekam medis pasien rawat inap di RS Ali Sibroh Malisi dari periode April hingga Juni 2025. Periode ini dipilih karena adanya peningkatan signifikan pada persentase klaim pending yang terjadi pada bulan-bulan tersebut. Data diambil langsung dari Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) BPJS Kesehatan, yang menjadi dasar validitas informasi mengenai status klaim.

Adapun untuk penelitian kualitatif, subjeknya adalah individu-individu kunci yang memiliki keterlibatan langsung dalam proses klaim. Pemilihan informan dilakukan secara purposif untuk memastikan mereka memiliki pengetahuan dan pengalaman relevan. Kriteria inklusi yang ketat diterapkan, seperti pengalaman kerja minimal enam bulan dan keterlibatan langsung dalam pengajuan klaim melalui sistem V-Claim BPJS. Kriteria ini bertujuan untuk menyaring individu yang paling memahami seluk-beluk alur kerja dan kendala yang ada. Mereka juga harus bersedia memberikan informasi dan menandatangani surat persetujuan.

Dalam penelitian ini, informan yang dipilih mewakili berbagai tingkatan dan unit di rumah sakit, menciptakan perspektif yang holistik. Subjek yang diwawancarai meliputi Direktur, Manajer Pelayanan, Kepala IGD, Koordinator Tim Casemix, Koordinator IT, Koordinator Rekam Medis, dan Kepala Ruang Rawat Inap. Jumlah total informan adalah tujuh orang. Kombinasi ini penting karena proses klaim pending merupakan masalah multidisiplin yang melibatkan berbagai bagian, dari pendaftaran pasien hingga pengiriman berkas ke BPJS Kesehatan.

B. Jenis dan Sumber Data

Jenis dan sumber data yang digunakan dalam penelitian ini dibagi menjadi dua, yaitu

data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh secara langsung dari lapangan, yang terdiri dari hasil wawancara mendalam, pengamatan langsung (observasi), dan Focus Group Discussion (FGD). Wawancara dilakukan dengan informan kunci untuk menggali informasi secara terbuka, sementara observasi digunakan untuk mengamati secara langsung proses dan peristiwa yang terjadi. FGD menjadi teknik pengumpulan data kualitatif yang efektif untuk mengeksplorasi masalah spesifik.

Data sekunder dikumpulkan dari berbagai dokumen dan laporan yang sudah ada di RS Ali Sibroh Malisi. Sumber-sumber data ini mencakup rekam medis pasien, laporan bulanan dari unit rekam medis, dan catatan-catatan lain yang relevan. Selain itu, panduan, pedoman, atau Standar Prosedur Operasional (SPO) terkait klaim BPJS Kesehatan juga menjadi bagian dari data sekunder yang dianalisis dalam penelitian ini.

C. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RS Ali Sibroh Malisi, sebuah rumah sakit tipe C yang berlokasi di Jakarta Selatan, tepatnya di Kecamatan Jagakarsa. Pemilihan lokasi ini didasarkan pada data historis yang menunjukkan adanya permasalahan signifikan terkait klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit tersebut.

Waktu penelitian berlangsung selama periode enam bulan, dari Januari hingga Juni 2025. Namun, fokus utama analisis data ditekankan pada periode April hingga Juni 2025. Periode ini dipilih secara spesifik karena adanya lonjakan persentase klaim pending yang melebihi standar ideal ($<10\%$), menjadikannya momen krusial untuk mengidentifikasi faktor-faktor penyebabnya secara mendalam.

D. Teknik Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan tiga teknik utama untuk mengumpulkan data, yaitu wawancara, telaah dokumen, dan observasi. Kombinasi metode ini memungkinkan triangulasi data, yang bertujuan untuk memvalidasi dan memperkuat temuan dengan membandingkan informasi dari berbagai sumber yang berbeda [12].

Wawancara adalah teknik utama untuk mengumpulkan data primer. Peneliti melakukan wawancara mendalam dengan informan kunci di RS Ali Sibroh Malisi. Tujuan dari wawancara ini adalah untuk mendapatkan informasi yang lebih terbuka dan mendalam mengenai hambatan, kendala, serta persepsi informan terkait faktor-faktor penyebab klaim BPJS Kesehatan yang tertunda.

Selain wawancara, penelitian ini juga menggunakan telaah dokumen sebagai teknik pengumpulan data sekunder. Peneliti mempelajari berbagai dokumen yang relevan, seperti rekam medis pasien, laporan bulanan dari unit rekam medis, dan catatan-catatan lain yang ada di rumah sakit. Studi dokumen ini membantu peneliti dalam memverifikasi dan melengkapi informasi yang diperoleh dari wawancara. Dokumen yang ditelaah juga termasuk panduan, pedoman, atau Standar Prosedur Operasional (SPO) klaim BPJS Kesehatan yang berlaku di RS Ali Sibroh Malisi.

Terakhir, observasi digunakan untuk mengumpulkan data primer. Peneliti melakukan pengamatan langsung terhadap kondisi dan perilaku objek penelitian di lapangan. Teknik ini memungkinkan peneliti untuk melihat secara langsung alur kerja, interaksi antar unit, serta masalah-masalah operasional yang mungkin tidak terungkap melalui wawancara atau dokumen. Observasi ini melengkapi pemahaman peneliti mengenai fenomena klaim pending secara keseluruhan.

E. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

Dalam pengolahan data, langkah pertama adalah mengumpulkan data dari studi lapangan dan studi kepustakaan, baik itu data primer maupun sekunder. Setelah data terkumpul, analisis Chi Square 2×2 akan dilakukan untuk menguji hubungan antara kelengkapan berkas dan status klaim. Hipotesis yang diuji adalah apakah ada hubungan

antara kedua variabel tersebut, dengan hipotesis nol (H_0) yang menyatakan tidak ada hubungan, dan hipotesis alternatif (H_1) yang menyatakan adanya hubungan. Proses perhitungan dimulai dengan menghitung nilai harapan (Expected Value) menggunakan rumus $E = (\text{Total baris} \times \text{Total kolom}) / \text{Grand Total}$, kemudian dilanjutkan dengan menghitung nilai Chi Square (χ^2) menggunakan rumus $\chi^2 = \sum (O - E)^2 / E$. Derajat kebebasan (df) dihitung dengan rumus $df = (\text{Baris} - 1) \times (\text{Kolom} - 1)$.

Selain itu, transkrip wawancara akan dibuat setelah melakukan pendengaran rekaman wawancara. Transkrip ini berfungsi untuk mencatat hasil wawancara dalam bentuk tulisan. Setelah itu, matriks akan disusun untuk mengelompokkan hasil wawancara berdasarkan variabel pertanyaan yang ada pada pedoman wawancara. Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah analisis isi (content analysis), yang bertujuan untuk mendeskripsikan, menganalisis, menarik kesimpulan, dan memberikan saran berdasarkan temuan yang ada.

HASIL DAN PEMBAHASAN

RS Ali Sibroh Malisi, sebuah rumah sakit tipe C yang berlokasi di Jakarta Selatan, telah menjadi mitra BPJS Kesehatan sejak tahun 2014. Mayoritas pasien rawat inap di rumah sakit ini adalah peserta BPJS Kesehatan, rata-rata mencapai 96% setiap bulannya. Sejalan dengan peraturan pemerintah, rumah sakit ini mengimplementasikan sistem Rekam Medis Elektronik (RME) pada 1 Januari 2024.

Namun, implementasi RME ini tidak berjalan mulus dan menimbulkan kendala, terutama pada proses klaim BPJS Kesehatan. Data dari Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) menunjukkan bahwa persentase klaim pending pasien rawat inap mengalami peningkatan signifikan pada periode April hingga Juni 2025. Persentase klaim pending pada bulan April adalah 13,10%, Mei 13,90%, dan Juni 13,59%. Angka ini jauh di atas standar ideal klaim pending yang seharusnya kurang dari 10%.

Dari total 1.369 berkas klaim rawat inap yang dianalisis, sebanyak 266 berkas dinyatakan pending. Analisis lebih lanjut mengidentifikasi tiga kategori utama penyebab klaim pending, yaitu indikasi medis, ketepatan koding, dan kelengkapan berkas.

Kategori dengan jumlah pending terbanyak adalah indikasi medis, dengan total 46,62% dari seluruh klaim pending. Di dalamnya, masalah "kriteria gawat darurat dan indikasi medis rawat inap" menjadi penyebab tertinggi dengan 60 berkas (22,56%). Selain itu, "bukti penatalaksanaan/terapi" menyumbang 48 berkas (18,05%) dan "readmisi rawat inap" menyumbang 14 berkas (5,26%).

Penyebab klaim pending kedua tertinggi adalah kelengkapan berkas, menyumbang 35,34% dari total klaim pending. Dari jumlah tersebut, "resume medis tidak lengkap" adalah penyebab paling dominan dengan 81 berkas (30,45%). Kemudian diikuti oleh "hasil penunjang medis belum terlampir" dengan 13 berkas (4,89%). Terakhir, penyebab klaim pending dari kategori ketepatan koding menyumbang 18,05%. Masalah utama dalam kategori ini adalah "perbedaan persepsi koding BPJS dan verifikator internal", yang menyumbang 42 berkas (15,79%). Selain itu, "ketidaktepatan koding" menyumbang 6 berkas (2,26%). Hasil ini menunjukkan bahwa klaim pending di RS Ali Sibroh Malisi adalah masalah multidisiplin yang memerlukan perhatian dari berbagai unit terkait.

A. Pengumpulan Data

1. Karakteristik Responden

Analisis karakteristik responden bertujuan untuk menggambarkan profil umum para petugas rumah sakit yang terlibat dalam proses klaim BPJS Kesehatan. Wawancara dilakukan dengan 7 orang petugas rumah sakit yang berperan dalam pengelolaan klaim BPJS. Mereka dikelompokkan berdasarkan jenis kelamin, usia, masa kerja, jabatan, dan

peran mereka dalam pengelolaan klaim. Tabel 1 menunjukkan karakteristik demografis dan peran masing-masing informan dalam proses klaim BPJS Kesehatan.

Tabel 1. Demografi Informan

No	Informan	Jenis Kel.	Usia	Masa Kerja	Jabatan	Peran Klaim BPJS
1	I	L	33	1 Thn 1 Bln	Direktur	Memastikan pengajuan klaim sesuai peraturan dan menyusun kebijakan internal klaim
2	II	P	44	2 Thn 1 Bln	Pelayanan Medis	Verifikasi klaim sebelum diajukan dan evaluasi hasil pengajuan klaim
3	III	L	43	8 Thn 6 Bln	Kepala IGD	Verifikasi berkas sebelum diarahkan ke bagian lain
4	IV	L	50	3 Thn 6 Bln	IT	Pemantauan sistem klaim antara SIMRS dan BPJS Kesehatan
5	VI	P	37	1 Thn 2 Bln	Casemix	PIC pengajuan klaim BPJS, koding diagnosa pasien rawat inap ke sistem E-Claim
6	VI	P	29	2 Thn 6 Bln	Rawat Inap	Memastikan alur pelayanan rawat inap sesuai SOP
7	VII	L	47	0 Thn 2 Bln	Rekam Medis	Memeriksa kelengkapan berkas rekam medis pasien

Sumber: Data primer, hasil olahan penulis, 2025

Berdasarkan Tabel 1, mayoritas informan penelitian adalah laki-laki dengan rentang usia antara 33 hingga 50 tahun. Lama masa kerja bervariasi antara 1 bulan hingga 8 tahun, dengan beberapa informan yang baru bertugas di posisi mereka namun berpengalaman sebelumnya. Semua informan memenuhi kriteria inklusi penelitian di RS Ali Sibroh Malisi.

2. Hasil Wawancara

a. Hasil Wawancara input

Berdasarkan hasil wawancara, beberapa masalah utama ditemukan dalam proses klaim. Pertama, koordinasi antar unit sering kali tidak optimal. Hal ini menyebabkan keterlambatan pengumpulan dokumen medis, seperti yang diungkapkan oleh Informan II dan VI, di mana berkas rekam medis terlambat dari ruangan. Selain itu, ada tantangan terkait sumber daya manusia (SDM). Informan I menyatakan bahwa kompetensi SDM perlu ditingkatkan, sementara Informan III menyoroti kekurangan staf administrasi di IGD, dan Informan IV menyebutkan keterbatasan SDM Casemix.

Masalah kedua adalah terkait dengan berkas klaim itu sendiri. Berkas klaim sering tidak lengkap, seperti yang dilaporkan Informan I, dan resume medis sering belum terisi secara lengkap, menurut Informan VII. Data awal pasien juga kadang tidak sinkron, dan

ada ketidaksesuaian kode INA-CBG's, yang menyulitkan proses klaim.

Terakhir, ada tantangan signifikan terkait sistem informasi rumah sakit, yaitu Sistem Khanza. Meskipun membantu, sistem ini belum sepenuhnya terintegrasi dengan BPJS Kesehatan, seperti yang dikemukakan oleh Informan I. Beberapa informan, seperti Informan II, V, dan VI, juga mencatat bahwa sistem ini belum maksimal dalam verifikasi data medis, kurang kompatibel dengan aplikasi eksternal, dan validasi data masih sering dilakukan secara manual. Masalah teknis seperti kendala koneksi internet dan error upload juga menghambat kelancaran proses.

Secara keseluruhan, wawancara menunjukkan adanya masalah kompleks yang saling berkaitan, mulai dari kurangnya koordinasi, kendala SDM dan kelengkapan berkas, hingga tantangan teknis pada sistem informasi, yang semuanya memengaruhi efektivitas dan efisiensi proses klaim di rumah sakit.

b. Hasil Wawancara Proses

Berdasarkan hasil wawancara mengenai proses pengelolaan klaim BPJS, terungkap beberapa tantangan utama. Meskipun pelayanan administrasi secara umum berjalan, ada masalah signifikan dalam hal koordinasi antar unit, yang menyebabkan keterlambatan input data dari unit pelayanan.

Pada proses rekapitulasi, meski data pelayanan tersedia, Informan I menyatakan bahwa rekapitulasi ini belum terintegrasi dengan baik. Hal ini diperkuat oleh Informan II dan III yang menyebutkan bahwa rekapitulasi pelayanan belum selalu sinkron dan belum terhubung langsung dengan data klaim, meskipun rekapitulasi harian sudah ada.

Masalah paling krusial ditemukan pada rekapitulasi berkas klaim dan pengkodean. Laporan klaim pending sering kali tidak real-time atau tidak memiliki format standar. Klaim sering tertunda karena dokumen tidak lengkap, resume medis yang belum terisi, atau data yang kurang lengkap.

Dalam hal pengkodean INA-CBG's, Informan II dan VII menyoroti masalah ketidaksesuaian kode diagnosis dan kebutuhan verifikasi ulang, yang mengindikasikan bahwa proses pengkodean awal masih bermasalah. Meskipun pengkodean mengikuti SOP dan INA-CBG's, Informan I dan IV menekankan perlunya audit berkala dan seringnya terjadi error upload, yang menunjukkan adanya celah dalam proses.

Secara keseluruhan, meskipun fondasi administrasi sudah ada, diperlukan perbaikan mendalam pada integrasi data, koordinasi antar unit, dan verifikasi berkas untuk mempercepat dan meningkatkan akurasi proses klaim.

c. Hasil Wawancara Output

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan di RS Ali Sibroh Malisi mengenai proses pengelolaan klaim BPJS Kesehatan, evaluasi klaim dilakukan dengan berbagai cara oleh tiap unit. Direktur rumah sakit melaksanakan evaluasi klaim setiap triwulan, melibatkan seluruh kepala unit, sementara Casemix dan Rekam Medis melakukan evaluasi harian atau mingguan. Evaluasi ini difokuskan pada kelengkapan berkas, akurasi pengkodean, serta kesesuaian data dengan standar BPJS. Pemantauan klaim dilakukan dengan sistem yang berbeda-beda; Casemix memantau klaim secara real-time melalui dashboard internal, sedangkan unit lain mengandalkan laporan mingguan atau bulanan. Unit IT juga berfokus pada pemantauan error sistem dan performa server untuk menghindari keterlambatan pengiriman klaim.

Dampak dari klaim yang pending utama dirasakan pada gangguan arus kas, penundaan investasi, serta beban kerja yang tinggi. Meskipun demikian, pelayanan inti pasien tetap berjalan dengan baik. Beberapa tindakan pencegahan telah diusulkan untuk mengurangi dampak ini, termasuk pembaruan SOP, penguatan koordinasi antar-unit, pelatihan untuk meningkatkan disiplin pengisian data medis, serta penugasan PIC

administrasi di setiap shift. Selain itu, perlu dibuat checklist kelengkapan berkas klaim sebelum diajukan, serta rutin melakukan maintenance dan backup sistem IT untuk meminimalkan risiko keterlambatan pengiriman klaim.

d. Dampak

Dampak dari klaim BPJS Kesehatan yang tertunda di RS Ali Sibroh Malisi berpengaruh di berbagai sektor, baik keuangan, operasional, pelayanan, maupun kepada pasien. Dalam hal dampak keuangan, sebagian besar informan mengungkapkan bahwa klaim yang pending langsung mengganggu arus kas rumah sakit, menyebabkan kesulitan dalam memenuhi kewajiban rutin seperti pembayaran gaji, pembelian obat, dan alat medis. Penundaan pembayaran klaim juga menghambat rencana investasi rumah sakit dan menambah biaya operasional.

Dampak operasional juga cukup besar, dengan klaim pending memicu efek domino yang memperlambat kegiatan operasional. Keterlambatan pencairan dana menghambat suplai obat dan alat medis. Meskipun pelayanan inti tetap berjalan, keterbatasan dalam layanan tambahan yang memerlukan biaya tinggi, serta masalah teknis seperti error upload, memperburuk kelancaran proses klaim. Dalam aspek pelayanan, meskipun rumah sakit berkomitmen untuk mempertahankan kualitas layanan inti, klaim pending tetap mempengaruhi beberapa layanan penunjang. Beberapa unit melaporkan adanya penundaan dalam pemeriksaan lanjutan dan penggunaan peralatan yang memerlukan biaya tinggi. Koordinator Rekam Medis juga menyebutkan bahwa keterlambatan klaim meningkatkan tekanan pada petugas administrasi, yang berujung pada keterlambatan penyelesaian berkas pasien.

Dampak kepada pasien, secara langsung, tidak terlalu signifikan pada pelayanan inti, namun ada efek tidak langsung yang dirasakan. Beberapa pasien mengalami keterlambatan dalam mendapatkan layanan tambahan atau pemeriksaan penunjang akibat keterbatasan anggaran dan ketersediaan obat. Kepala IGD menegaskan bahwa pelayanan gawat darurat tetap berjalan tanpa gangguan, tetapi perawatan lanjutan mungkin akan mengalami penyesuaian.

B. Hasil Analisis Data

Dari Hasil data tabel 2 dan 3 di dapatkan Presentase Klaim Layak yang terdapat di periode Januari – Juni 2025 mengalami penurunan di bulan April – Juni 2025. Untuk klaim rawat jalan dan juga rawat berbanding lurus mengalami penurunan. Indikator yang terdapat di casemix menetapkan presentase klaim yang pending tidak boleh lebih dari 10 %. Ini menyebabkan dampak yang sangat luas terhadap semua bagian yang ada di RS Ali Sibroh Malisi.

Tabel 2. Berita Acara Hasil Verifikasi Klaim BPJS Kesehatan RS Ali Sibroh

No	Bulan	Status Verifikasi						%
		Rawat Jalan	Rawat Inap	Jumlah Pasien	Laya k	Tidak Layak	Pending	
1	Januari	3587	491	4078	3902	0	176	95.70 %
2	Februari	2945	448	3393	3306	2	85	97.40 %
3	Maret	2766	426	3192	3144	0	48	98.50 %
4	April	3056	436	3492	3034	2	456	86.90 %
5	Mei	3277	488	3715	3188	0	527	86.10 %
6	Juni	2830	445	3275	2830	0	445	86,41

Sumber: Laporan Casemix RS Ali Sibroh Malisi

Tabel 3. Berita Acara Hasil Verifikasi Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan RS Ali Sibroh Malisi

No	Bulan	Pasien Rawat Inap	Layak	Tidak Layak	Pending	Presentase Klaim Layak
1	Januari	491	447	0	44	91,04%
2	Februari	448	415	0	33	92,63%
3	Maret	426	389	0	37	91,31%
4	April	436	342	0	94	78,44%
5	Mei	488	408	0	80	83,61%
6	Juni	445	353	0	92	79,33%

Sumber: Laporan Casemix RS Ali Sibroh Malisi

Pada periode Januari hingga Juni 2025, data Tabel 2 dan Tabel 3 menunjukkan penurunan signifikan dalam persentase klaim layak untuk rawat inap dan rawat jalan di RS Ali Sibroh Malisi, khususnya pada triwulan kedua, yaitu dari bulan April sampai Juni. Penurunan ini menjadi perhatian serius karena berdampak pada kepatuhan rumah sakit terhadap indikator internal Casemix, yang menetapkan batas toleransi klaim tertunda (pending) tidak lebih dari 10%. Jika ambang batas ini terlampaui, akan timbul konsekuensi yang luas dan mendalam di seluruh operasional rumah sakit, mulai dari masalah arus kas hingga beban kerja yang meningkat di berbagai unit. Situasi ini mendorong perlunya analisis mendalam untuk mengidentifikasi akar permasalahan dan mengambil langkah-langkah perbaikan yang strategis.

Untuk memahami faktor-faktor penyebab klaim tertunda, dilakukan analisis sampling data dari lampiran Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) BPJS Kesehatan. Penelitian ini berfokus pada 1.369 berkas klaim rawat inap yang diajukan selama periode April hingga Juni 2025. Analisis ini menggunakan metode statistik Uji Chi-Square 2x2 untuk menguji hubungan antara kelengkapan berkas klaim dengan status klaim, yaitu apakah berkas tersebut diterima atau ditunda. Uji ini dipilih karena kemampuannya dalam menentukan apakah ada korelasi yang signifikan antara dua variabel kategori, sehingga dapat memberikan bukti empiris mengenai sejauh mana kelengkapan berkas berkontribusi terhadap pending klaim BPJS Kesehatan.

Tabel 4. Observasi

Kelengkapan Berkas	Pending (O) %	Tidak Pending (O) %	Total %
Lengkap	172 (12,56)	1103 (80,56)	1275 (93,12)
Tidak Lengkap	94 (6,87)	0 (0,00)	94 (6,87)
Total	266 (19,43)	1103 (80,56)	1369 (100)

Tabel 5. Nilai Expected (E)

Kelengkapan Berkas	Pending (E) %	Tidak Pending (E) %	Total %
Lengkap	18,09	75,03	93,12
Tidak Lengkap	1,34	5,53	6,87
Total	19,43	80,56	100

Perhitungan Chi-Square (χ^2) dilakukan untuk menguji hubungan antara dua variabel kategori: kelengkapan berkas dan status klaim (pending atau tidak pending). Nilai Chi-Square hitung didapat dengan menjumlahkan hasil per komponen sebagai berikut:

- $(12,56 - 18,09)^2 / 18,09 = 1,67$
- $(80,56 - 75,03)^2 / 75,03 = 0,41$
- $(6,87 - 1,34)^2 / 1,34 = 23,07$

- $(0,00-5,53)/2/5,53=5,53$

Total nilai χ^2 hitung adalah 30,68.

Selanjutnya, hasil ini dibandingkan dengan nilai χ^2 tabel. Dengan derajat kebebasan (df) = $(2-1) \times (2-1) = 1$ dan tingkat signifikansi (α) = 0,05, nilai χ^2 tabel adalah 3,841. Karena χ^2 hitung (30,68) lebih besar dari χ^2 tabel (3,841), hipotesis nol (H_0) ditolak.

Kesimpulannya, terdapat hubungan yang signifikan secara statistik antara kelengkapan berkas dan status klaim pending BPJS Kesehatan ($p < 0,0001$). Ini berarti bahwa kelengkapan berkas memiliki peran krusial dalam menentukan apakah klaim akan tertunda atau tidak.

Tabel 6. Penyebab Klaim Pending Berdasarkan data BAHV BPJS Kesehatan April – Juni 2025

No	Kategori Klaim Pending	Penyebab Klaim Pending	Jumlah	Presentase	Rata-rata
1	Indikasi Medis	Kriteria Gawat Darurat dan Indikasi Medis Rawat Inap	60	22.56%	46.62%
		Bukti Penatalaksanaan / Terapi	48	18.05%	
		Readmisi Rawat Inap	14	5.26%	
		Prosedur Rujuk	1	0.38%	
		Jenis Tindakan Operasi	1	0.38%	
		Perbedaan Persepsi Koding BPJS dan Verifikator Internal	42	15.79%	
		Ketidaktepatan Koding	6	2.26%	
		Resume Medis tidak Lengkap	81	30.45%	
2	Ketepatan Koding	Hasil Penunjang Medis Belum Terlampir	13	4.89%	18.05%
		File Tidak Terbaca / Rusak	0	0 %	
3	Kelengkapan Berkas				35.34%
Jumlah			266	100 %	100%

Berdasarkan data dari Tabel 6 dan Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV) periode April hingga Juni 2025, penyebab klaim rawat inap yang tertunda (pending) di RS Ali Sibroh Malisi didominasi oleh tiga faktor utama: indikasi medis, ketepatan koding, dan kelengkapan berkas.

Penyebab terbesar klaim yang tertunda adalah indikasi medis, yang menyumbang 46,62% dari total kasus. Dalam kategori ini, kriteria gawat darurat dan indikasi medis rawat inap menjadi alasan utama dengan 22,56% (60 berkas). Hal ini sering kali disebabkan oleh kurangnya SOP yang jelas dalam menentukan pasien yang layak dirawat inap, terutama di bagian IGD dan Triase. Selain itu, bukti pelaksanaan atau terapi menyumbang 18,05% (48 berkas), dipicu oleh perubahan kesepakatan BPJS dengan profesi medis, yang menuntut kelengkapan penunjang medis pada diagnosis seperti typhoid fever dan pneumonia. Faktor lain dalam indikasi medis adalah readmisi rawat inap (5,26%) dan alasan minor seperti prosedur rujukan serta jenis tindakan operasi (masing-

masing 0,38%).

Penyebab terbesar kedua adalah kelengkapan berkas, yang berkontribusi sebesar 35,34%. Dalam kategori ini, resume medis yang tidak lengkap adalah masalah paling sering, menyebabkan 30,45% (81 berkas) dari total klaim yang tertunda, menjadikannya penyebab tunggal tertinggi. Selain itu, hasil penunjang medis yang belum terlampir juga menjadi penyebab pending sebesar 4,89% (13 berkas).

Terakhir, ketepatan koding menjadi penyebab ketiga dengan 18,05%. Faktor ini sebagian besar disebabkan oleh perbedaan persepsi antara koder BPJS dan verifikator internal (15,79% atau 42 berkas) yang memiliki pemahaman berbeda terkait koding ICD 10 dan ICD 9. Ketidaktepatan koding yang tidak sesuai dengan aturan coding juga menyumbang 2,26% dari klaim yang tertunda.

Pembahasan

A. Karakteristik

Penelitian ini melibatkan tujuh responden yang terdiri dari pimpinan, kepala unit, dan petugas teknis yang terlibat langsung dalam pengelolaan klaim BPJS Kesehatan di RS Ali Sibroh Malisi. Pemilihan responden dilakukan secara purposive berdasarkan peran aktif mereka dalam klaim pasien rawat inap, sehingga data yang diperoleh mencakup seluruh alur klaim, dari pelayanan hingga verifikasi dan pengajuan ke BPJS. Dari sisi jenis kelamin, 62,5% responden adalah laki-laki yang mendominasi posisi struktural, sementara 37,5% adalah perempuan yang banyak berada pada posisi teknis operasional.

Rentang usia responden berkisar antara 29 hingga 50 tahun, dengan sebagian besar berada dalam kelompok usia produktif menengah (40–50 tahun) yang memiliki pengalaman matang terkait klaim BPJS. Responden yang lebih muda (29–37 tahun) lebih banyak menempati posisi yang membutuhkan ketelitian teknis. Masa kerja responden bervariasi antara 2 bulan hingga 8 tahun 6 bulan, yang mencerminkan pengalaman kerja yang luas serta perspektif adaptasi terhadap perubahan regulasi.

Terdapat tiga kelompok jabatan di antara responden: kelompok manajerial (Direktur dan Kepala Pelayanan Medis), kelompok teknis administratif (Casemix, Rekam Medis, dan IT), dan kelompok pelayanan langsung (Kepala IGD dan Kepala Ruangan Rawat Inap). Keragaman karakteristik ini memberikan perspektif yang komprehensif mengenai faktor-faktor yang memengaruhi klaim pending, memperkaya data yang diperoleh dan meningkatkan validitas analisis terhadap proses pengajuan klaim.

B. Pembahasan Input

Proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan di RS Ali Sibroh Malisi melibatkan berbagai faktor yang memengaruhi kelancaran dan efektivitasnya, khususnya pada tahap input. Berdasarkan hasil wawancara, telaah dokumen, dan observasi, dapat disimpulkan bahwa sumber daya manusia (SDM) yang terlibat dalam pengelolaan klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit ini sudah memadai. Para petugas, baik yang berada di posisi manajerial maupun teknis, telah memiliki kompetensi yang cukup untuk menangani beban kerja sesuai dengan jumlah pasien yang ada. Meskipun demikian, ada kekurangan yang perlu diperbaiki, yaitu tidak adanya dokter Verifikator Internal yang khusus menangani pemeriksaan berkas klaim BPJS Kesehatan. Keberadaan dokter Verifikator ini penting untuk memastikan bahwa setiap berkas klaim yang diajukan sudah sesuai dengan persyaratan yang ditetapkan.

Sistem rekam medis yang diterapkan di rumah sakit ini sudah menggunakan format digital, meskipun integrasinya dengan sistem lain belum sepenuhnya terwujud. Beberapa dokumen masih memerlukan proses pemindaian, terutama yang membutuhkan tanda tangan atau sebagai bukti legalitas, yang memperlambat alur pengajuan klaim. Dalam hal teknologi, aplikasi SIM RS Khanza yang digunakan sudah terhubung dengan aplikasi

SATU SEHAT, yang memungkinkan proses pengambilan data untuk klaim BPJS Kesehatan dilakukan dengan lebih mudah. Meskipun demikian, masih terdapat beberapa kendala teknis yang harus diperbaiki agar proses ini dapat berjalan dengan lebih efisien.

Adapun terkait dengan SOP atau kebijakan yang ada, meskipun telah tersedia, implementasinya di lapangan belum sepenuhnya konsisten. Beberapa petugas di unit-unit tertentu belum sepenuhnya memahami alur dan tenggat waktu yang tercantum dalam SOP tersebut. Hal ini berdampak pada kelancaran proses klaim yang masih terganggu. Menurut [13], sistem informasi manajemen yang baik dapat meningkatkan efisiensi dan akurasi, namun jika input data tidak dilakukan dengan disiplin atau terjadi kesalahan dalam pengkodean, sistem informasi tersebut tidak dapat bekerja secara optimal. Oleh karena itu, pelatihan terkait pengkodean INA-CBG's dan verifikasi berkas sebelum dikirim ke BPJS menjadi sangat penting untuk mengurangi klaim pending.

Secara keseluruhan, masalah yang dihadapi rumah sakit terletak pada tahap input klaim, terutama pada dokumentasi medis dan administrasi. Oleh karena itu, upaya untuk meningkatkan disiplin pencatatan, memastikan kelengkapan berkas, dan pelatihan yang lebih intensif bagi petugas medis dan administrasi sangat diperlukan untuk mengurangi terjadinya klaim pending [14].

C. Pembahasan Proses

Dalam pengelolaan klaim BPJS Kesehatan di RS Ali Sibroh Malisi, beberapa aspek penting ditemukan pada proses administratif yang berkontribusi terhadap terjadinya klaim pending. Berdasarkan hasil triangulasi dari wawancara, observasi, dan telaah dokumen, dapat dijelaskan bahwa proses pelayanan administrasi di rumah sakit sudah memenuhi standar verifikasi yang berlaku. Proses verifikasi peserta dilakukan melalui berbagai media, seperti KTP, kartu BPJS, aplikasi P-Care, finger print, maupun Frista, yang memudahkan pasien dalam mengakses layanan kesehatan, baik secara daring maupun langsung di tempat. Hal ini mencerminkan kepatuhan terhadap prosedur verifikasi yang telah ditetapkan.

Namun, meskipun proses verifikasi sudah memadai, masih ditemukan beberapa kesalahan dan ketidaklengkapan dokumen klaim dalam rekapitulasi berkas. Proses administrasi klaim yang kurang tepat ini berpotensi menyebabkan penolakan atau pending klaim. Data analisis dari April hingga Juni 2025 menunjukkan bahwa sekitar 35.34% dari total berkas klaim mengalami pending, dengan ketidaklengkapan berkas menjadi penyebab utama. Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian kuantitatif yang menunjukkan adanya hubungan signifikan antara kelengkapan berkas dan status klaim pending BPJS Kesehatan.

Selain itu, proses pengkodean INA CBGs juga turut berperan dalam terjadinya klaim pending. Pengkodean yang tidak tepat atau adanya perbedaan persepsi antara petugas menyebabkan sekitar 18.05% dari berkas mengalami pending. Hal ini menegaskan pentingnya ketepatan dan konsistensi dalam pengkodean serta penginputan data untuk memastikan klaim dapat diproses dengan benar. Penelitian sebelumnya, seperti yang dilakukan oleh [8] dan [15], juga menunjukkan bahwa ketidaklengkapan berkas rekam medis dan kurangnya pelatihan bagi petugas berpengaruh besar terhadap klaim yang pending.

Secara keseluruhan, masalah dalam tahap proses klaim ini mencerminkan perlunya peningkatan kapasitas SDM melalui pelatihan rutin, penambahan tenaga verifikator internal, serta pengembangan sistem informasi yang terintegrasi. Selain itu, perubahan regulasi BPJS Kesehatan yang sering berganti-ganti menjadi tantangan tambahan bagi manajemen rumah sakit dalam mengoptimalkan sistem dan prosedur klaim.

D. Pembahasan Output

Berdasarkan hasil wawancara terkait output klaim pending BPJS Kesehatan di RS Ali Sibroh Malisi, diketahui bahwa status klaim yang telah diajukan dapat dipantau melalui sistem v-claim BPJS Kesehatan, hingga diterbitkannya Berita Acara Hasil Verifikasi (BAHV). Dampak yang teridentifikasi akibat klaim yang pending mencakup gangguan arus kas, beban kerja tambahan, keterlambatan layanan tambahan, serta keterbatasan dalam penggunaan alat dengan biaya tinggi.

Dari data BAHV BPJS Kesehatan periode April – Juni 2025, jumlah berkas klaim rawat inap yang diajukan mencapai 1369 berkas, dengan 266 berkas di antaranya berstatus pending. Penyebab utama klaim pending adalah indikasi medis yang mencatatkan persentase sebesar 46.62%, diikuti oleh kelengkapan berkas yang menyebabkan 35.34% klaim pending, dan ketepatan pengkodean yang berkontribusi sebesar 18.05%.

Tabel 7. Urutan Penyebab Klaim dari yang terbanyak sampai terendah

No	Penyebab Klaim	Jumlah	Presentase
1.	Resume Medis tidak Lengkap	81	30.45%
2.	Kriteria Gawat Darurat dan Indikasi Medis Rawat Inap	60	22.56%
3.	Bukti Penatalaksanaan / Terapi	48	18.05%
4.	Perbedaan Persepsi Koding BPJS dan Verifikator Internal	42	15.79%
5.	Readmisi Rawat Inap	14	5.26%
6.	Hasil Penunjang Medis Belum Terlampir	13	4.89%
7.	Ketidaktepatan Koding	6	2.26%
8.	Prosedur Rujuk	1	0.38%
9.	Jenis Tindakan Operasi	1	0.38%
10.	File Tidak Terbaca / Rusak	0	0 %

Berdasarkan hasil analisis penyebab klaim pending pada kategori indikasi medis, ditemukan bahwa klaim yang paling banyak mengalami pending adalah pada kriteria gawat darurat dan indikasi medis rawat inap, dengan 60 berkas (22.56%). Ini diikuti oleh bukti penatalaksanaan/terapi sebanyak 48 berkas (15.79%), readmisi rawat inap sebanyak 14 berkas (5.26%), serta prosedur rujuk dan jenis tindakan operasi masing-masing 1 berkas (0.38%). Dalam kategori ketepatan pengkodean, perbedaan persepsi antara koding BPJS dan verifikator internal menjadi penyebab klaim pending sebanyak 42 berkas (15.79%), sementara ketidaktepatan pengkodean berjumlah 6 berkas (2.26%). Pada kategori kelengkapan berkas, penyebab klaim pending paling banyak ditemukan pada resume medis yang tidak lengkap sebanyak 81 berkas (30.45%), diikuti oleh hasil penunjang medis yang belum terlampir sebanyak 13 berkas (4.89%).

Dampak klaim pending pada tahap output tidak hanya memengaruhi aspek administrasi, tetapi juga memiliki dampak strategis bagi rumah sakit, terutama terkait dengan keberlanjutan keuangan dan kepuasan tenaga kesehatan. Oleh karena itu, diperlukan mekanisme komunikasi yang lebih intensif antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan untuk menyelesaikan perbedaan interpretasi serta mempercepat proses verifikasi klaim. Hal ini sejalan dengan konsep Balanced Scorecard yang dikemukakan oleh [16], di mana perspektif keuangan dianggap sebagai pilar utama dalam menilai kinerja organisasi. Pandangan [17] juga menekankan bahwa kualitas output ditentukan oleh kekuatan input dan efektivitas proses.

[17] menjelaskan bahwa pencapaian kinerja suatu organisasi publik tidak hanya dilihat dari sisi input dan proses, tetapi juga harus dianalisis melalui output yang dihasilkan. Dalam konteks klaim BPJS Kesehatan, klaim yang tertunda atau pending menjadi indikator output yang belum optimal karena berpengaruh pada keterlambatan

pembayaran rumah sakit, gangguan arus kas, serta penurunan kualitas pelayanan. Oleh karena itu, sejalan dengan kerangka yang dikemukakan Pollitt dan Bouckaert, keberhasilan rumah sakit dalam mengelola klaim BPJS Kesehatan dapat dijadikan tolak ukur untuk menilai kualitas output pelayanan kesehatan yang pada akhirnya akan mempengaruhi kepuasan dan kepercayaan pasien.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian terkait klaim pending BPJS Kesehatan pasien rawat inap di RS Ali Sibroh Malisi pada periode Januari – Juni 2025, faktor-faktor yang menyebabkan klaim pending dapat dikelompokkan ke dalam faktor input, proses, dan output.

Pada faktor input, ditemukan bahwa kesalahan pengkodean oleh koder, dokter IGD, dan perawat masih terjadi. Hal ini menunjukkan perlunya pelatihan lebih mendalam serta sosialisasi terkait indikasi rawat inap dan kriteria emergency agar proses triase dapat lebih tepat. Meskipun sistem informasi manajemen rumah sakit berbasis digital sudah memadai dan didukung oleh infrastruktur yang baik, kedisiplinan pengguna sangat penting agar informasi medis dan data pendukung tercatat secara lengkap dalam rekam medis elektronik.

Di faktor proses, permasalahan pelayanan muncul dari penetapan kriteria rawat inap dan emergency yang tidak selalu tepat pada pasien IGD, serta adanya kasus readmission pada pasien rawat inap. Kurangnya bukti penggunaan obat, ketidakjelasan indikasi pembedahan, dan rujukan dalam waktu kurang dari 24 jam juga menjadi kendala. Kelengkapan berkas menjadi penyebab tertinggi klaim pending, yang ditemukan pada 94 berkas klaim. Analisis lebih lanjut menunjukkan adanya hubungan signifikan antara kelengkapan berkas dan status klaim pending BPJS Kesehatan.

Pada faktor output, klaim yang pending menyebabkan keterlambatan pembayaran klaim, yang langsung mempengaruhi kelancaran operasional rumah sakit. Dampak ini berpotensi menurunkan kualitas pelayanan dan mengurangi tingkat kepercayaan pasien terhadap rumah sakit.

Saran

Berdasarkan hasil penelitian dan kesimpulan yang diperoleh, disarankan untuk manajemen rumah sakit untuk meningkatkan kompetensi SDM di Instalasi Gawat Darurat (IGD), khususnya dalam menyeleksi kriteria emergency dan indikasi rawat inap, melalui sosialisasi dan pelatihan yang lebih intens. Mengingat IGD sebagai pintu masuk utama pasien rawat inap, pelatihan ini sangat penting. Selain itu, pembuatan alur pemberkasan klaim rawat inap yang terkoordinasi dengan kepala ruangan diharapkan dapat berfungsi sebagai filter yang efektif dan mempermudah koordinasi dengan DPJP. Selain itu, program pelatihan berkala perlu disusun untuk tim IGD, dokter, perawat, tim casemix, dan manajemen agar mereka selalu memahami dan menerapkan aturan terbaru terkait pengkodean dan klaim BPJS Kesehatan. Terakhir, rumah sakit disarankan untuk menyiapkan dana cadangan atau mencari alternatif pendapatan tambahan guna mengatasi siklus keterlambatan pembayaran klaim yang dapat berdampak pada keuangan rumah sakit.

Bagi peneliti selanjutnya yang akan mengangkat topik serupa, disarankan untuk mengembangkan instrumen kuesioner yang lebih spesifik agar permasalahan di lapangan dapat digali lebih mendalam. Penggunaan data Rawat Jalan juga dapat dipertimbangkan untuk melihat klaim pending pada berkas rawat jalan BPJS Kesehatan. Selain itu, peneliti berikutnya bisa menggunakan variabel yang berbeda atau menerapkan teori lain yang

relevan untuk menganalisis klaim pending pada pasien rawat inap BPJS Kesehatan di rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- A. Hidayat, "Dampak Klaim Pending Terhadap Cash Flow Rumah Sakit," J. Keuang. Kesehat., 2023.
- B. Kesehatan, Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim Rumah Sakit. 2023.
- C. Opitasari, Sistem Pembayaran Dan Klaim Jkn. Jakarta: Bpjs Watch, 2018.
- C. Pollitt And G. Bouckaert, Public Management Reform: A Comparative Analysis - New Public Management, Governance, And The Neo-Weberian State. Oxford University Press, 2011.
- D. A. Astuti, A. Hernaya, A. Nabila, And D. A. Kusumaningtiar, "Factors Influencing Burnout In Health Workers At The Radiology And Nuclear Medicine Service Installation Of Cipto Mangunkusumo National Hospital In 2021," J. Kesehat. Masy., Vol. 10, No. 1, Pp. 108–114, 2022.
- H. Sutrisno, "Strategi Rumah Sakit Dalam Menyikapi Klaim Bpjs Yang Tidak Dibayar," J. Kebijak. Kesehat. Indones., Vol. 7, No. 4, Pp. 213–219, 2018.
- J. W. Creswell, Educational Research: Planning, Conducting, And Evaluating Quantitative And Qualitative Research, Fourth Edi. Pearson Education, 2012.
- K. C. Laudon And J. P. Laudon, "Management Information Systems: Managing The Digital Firm," 2016.
- K. Pengantar, Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional. 2014.
- Q. Cheng Et Al., "Determinants Of Healthcare Utilization Under The Indonesian National Health Insurance System – A Cross-Sectional Study," BMC Health Serv. Res., Vol. 25, No. 1, P. 48, Jan. 2025, Doi: 10.1186/S12913-024-11951-8.
- R. A. Putra, N. R. Arifin, P. Rita, And S. Yuyun, "Optimization Of Utilization Of Current Soil To Achieve Welfare Of Village Equipment," Abdimas Galuh, Vol. 4, No. September, Pp. 900–910, 2022.
- R. Kemenkes, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.26 Tahun 2021 Tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia. 2021.
- R. Pardede, "Kelengkapan Resume Medis Dan Keakuratan Kode Diagnosis Klaim Bpjs Rawat Inap Di Rsup Dr. M. Djamil Padang, Indonesia," J. Kesehat. Med. Saintika, Vol. 11, No. 2, 2020, [Online]. Available: <https://doi.org/10.30633/jkms.V11i2.787>
- R. S. Kaplan And D. P. Norton, Strategy Maps: Converting Intangible Assets Into Tangible Outcomes. Harvard Business Press, 2004.
- S. M. Shortell And A. D. Kaluzny, Health Care Management: Organization Design And Behavior. Albany, Ny: Delmar, 2000.
- T. Handayani, "Faktor Penyebab Pending Klaim Bpjs Di Rsud Dr. Moewardi," J. Manaj. Pelayanan Kesehat., 2019.
- Y. Ilyas, Perencanaan Sdm Rumah Sakit: Teori, Metoda, Dan Formula. Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, 2013.