# MANUSKRIP

# TINJAUAN MANAJEMEN PENYEBAB PENDING CLAIM BPJS KESEHATAN DI RUMAH SAKIT ANNA MEDIKA MADURA

Oleh:

NURANISAH RAIHANAH
NIM. 22170010007

**PROGRAM STUDI S1 ADMINISTRASI KESEHATAN**
**UNIVERSITAS NOOR HUDA MUSTOFA**
**2026**

# HALAMAN PENGESAHAN

# TINJAUAN MANAJEMEN PENYEBAB PENDING CLAIM BPJS KESEHATAN DI RUMAH SAKIT ANNA MEDIKA MADURA

**NASKAH PUBLIKASI**


Oleh:

NURANISAH RAIHANAH

NIM. 22170010007


Bangkalan, 2 Sepetember 2026

Pembimbing

Eka Suci Daniyanti, S.KM., M.P.H

NIDN. 0722058501

# TINJAUAN MANAJEMEN PENYEBAB PENDING CLAIM BPJS KESEHATAN DI RUMAH SAKIT ANNA MEDIKA MADURA

**Nuranisah Raihanah 1,**
**Eka Suci Daniyanti S.KM., M.P H 2**
**(1) Mahasiswa S1 Administrasi Kesehatan (2) Dosen S1 Administrasi Kesehatan**
***email: raihanah128@gmail.com**

## ABSTRAK

Pending claim BPJS Kesehatan merupakan permasalahan yang dapat menghambat proses pembayaran klaim rumah sakit. Rumah Sakit Anna Medika Madura pada tahun 2024 memiliki 933 pending claim dari 5.550 klaim yang diajukan (16,82%). Penelitian ini bertujuan meninjau manajemen penyebab pending claim BPJS Kesehatan berdasarkan aspek *method*, *machine*, dan *material*.

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus yang dilaksanakan di Rumah Sakit Anna Medika Madura, bulan Mei- Juni 2026. Informan terdiri dari verifikator internal, manajer keuangan, coder, petugas rekam medis. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara, observasi, dan dokumentasi, sedangkan analisis data menggunakan model Miles dan Huberman melalui reduksi data, penyajian data, dan keabsahan data dengan triangulasi sumber yakni petugas IT Rumah Sakit.

Hasil penelitian didapatkan dari tiga aspek yaitu aspek *method*, aspek *machine*, aspek *material*, yang paling dominan adalah aspek *material* dimana masih ditemukan ketidaklengkapan dokumen seperti tanda tangan dan stempel dokter serta dokumen pendukung medis. Peneliti menganalisis bahwa aspek *material* menjadi faktor yang paling berpengaruh karena ketidaklengkapan dokumen dapat menyebabkan berkas dikembalikan untuk dilengkapi sebelum pengajuan atau menimbulkan pending claim saat verifikasi.

Pelaksanaan manajemen klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Anna Medika Madura telah berjalan dengan dukungan SOP, sistem informasi, dan verifikasi internal. Namun, penguatan pemeriksaan kelengkapan dokumen dan ketelitian proses coding masih diperlukan, terutama pada aspek *material* yang menjadi faktor paling dominan, agar proses pengajuan klaim dapat berjalan lebih optimal dan kejadian pending claim dapat diminimalkan.

**Kata Kunci:** ***pending claim*, *BPJS Kesehatan***

# *A MANAGEMENT REVIEW OF THE CAUSES OF PENDING BPJS KESEHATAN CLAIMS AT ANNA MEDIKA MADURA HOSPITAL*

**Nuranisah Raihanah 1,**
**Eka Suci Daniyanti S.KM., M.P H 2**
**(1) Mahasiswa S1 Administrasi Kesehatan (2) Dosen S1 Administrasi Kesehatan**
***email: raihanah128@gmail.com**

## *ABSTRACT*

*Pending BPJS Kesehatan claims are an issue that can hinder the hospital claims payment process. In 2024, Anna Medika Madura Hospital had 933 pending claims out of 5,550 claims submitted (16.82%). This study aims to examine the management of the causes of pending BPJS Kesehatan claims based on the aspects of method, machine, and material.*

*This study employed a qualitative method using a case study approach and was conducted at Anna Medika Madura Hospital from May to June 2026. Informants included internal auditors, the financial manager, coders, and medical records staff. Data collection was conducted through interviews, observations, and documentation, while data analysis utilized the Miles and Huberman model through data reduction, data presentation, and data validation via triangulation with the hospital's IT staff.*

*The research findings were derived from three aspects: method, machine, and material. The most significant aspect was the material aspect, where incompletness of documentation—such as missing doctor signatures and stamps, as well as supporting medical documents—was still found. The researchers concluded that the material aspect was the most influential factor because incompletness of documentation result in files being returned for completion prior to submission or lead to pending claims during verification.*

*The implementation of BPJS Kesehatan claims management at Anna Medika Madura Hospital has been carried out with the support of standard operating procedures (SOPs), information systems, and internal verification. However, it is still necessary to strengthen document completeness checks and improve the accuracy of the coding process—particularly regarding material costs, which are the most significant factor—so that the claims submission process can run more efficiently and the number of pending claims can be minimized.*

***Keywords*: P*ending Claim*, *BPJS Kesehatan***

## LATAR BELAKANG

Dalam pelaksanaan pembayaran pelayanan kesehatan melalui BPJS Kesehatan, fasilitas kesehatan perlu memastikan bahwa klaim yang diajukan telah disusun secara lengkap, tepat, dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku serta diajukan dalam waktu yang telah ditetapkan. Meskipun demikian, pelaksanaan di lapangan masih menghadapi berbagai kendala. Salah satunya terjadi di Rumah Sakit Anna Medika Madura, sebagai rumah sakit swasta yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, yang masih mengalami permasalahan *pending claim*, terutama pada pelayanan rawat inap. Klaim rawat inap memiliki tingkat persyaratan yang lebih tinggi dibandingkan rawat jalan karena melibatkan berbagai komponen pelayanan dan kelengkapan dokumen medis yang harus dipenuhi sesuai ketentuan BPJS Kesehatan.

Pada Peraturan BPJS Nomor 7 Tahun 2018 tentang pengelolaan administrasi klaim fasilitas kesehatan dalam badan penyelenggaraan jaminan kesehatan pada pelayanan rawat inap sedangkan penegasan menurut PERSI (Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia yakni batas idealnya 3%). Pembayaran klaim BPJS Kesehatan dapat dilakukan apabila dokumen dan persyaratan pengajuan telah dipenuhi sesuai ketentuan. Persyaratan tersebut meliputi lembar Surat Eligibilitas Peserta (SEP) yang telah ditandatangani oleh peserta atau keluarga, maupun dibubuhi cap jempol peserta; resume medis yang memuat diagnosis dan prosedur serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP); laporan tindakan, prosedur, atau laporan operasi; hasil pemeriksaan penunjang jika pemeriksaan tersebut dilakukan; surat perintah rawat inap; surat pernyataan pemeriksaan klaim oleh tim pencegahan kecurangan rumah sakit; checklist klaim rumah sakit; serta luaran dari sistem informasi pengajuan klaim yang telah diunggah ke dalam sistem informasi BPJS Kesehatan.

Beberapa penyebab dari claim yang terpending yakni *cooding* yang tidak memenuhi syarat serta berkas kurang lengkap seperti ketidaklengkapan dokumen pendukung medis seperti hasil penunjang (laboratorium, radiologi, dll). Berdasarkan penelitian terdahulu, salah satu faktor dari pending *claim* adalah pada faktor *man* kurangnya pengetahuan petugas *casemix*, faktor *money* biaya kerugian yang ditimbulkan, faktor *methode* SOP pengkodingan yang masih umum, faktor *material* kelengkapan berkas klaim BPJS, faktor *machine* sistem SIMRS/INA-CBGS sering mengalami error atau gangguan sarana dan prasarana. Permasalahan *pending claim* dapat memberikan dampak terhadap kondisi keuangan rumah sakit karena klaim yang masih tertunda menyebabkan proses pembayaran menjadi terhambat. Selain itu, beban kerja petugas juga meningkat karena diperlukan proses pemeriksaan dan perbaikan kembali terhadap klaim yang mengalami *pending* sebelum dapat diajukan kembali. Kondisi tersebut pada akhirnya dapat menyebabkan keterlambatan dalam pembayaran jasa medis dokter maupun jasa pelayanan bagi tenaga kesehatan lainnya. (Triatmaja et al., 2022).

Salah satu upaya untuk meningkatkan pengelolaan klaim dapat dilakukan melalui evaluasi secara berkala guna mengurangi ketidaklengkapan dokumen klaim. Evaluasi tersebut perlu disertai dengan komunikasi terhadap berbagai permasalahan yang ditemukan serta koordinasi antarbagian yang terlibat dalam proses pengajuan klaim. Selain itu, rumah sakit perlu melakukan sosialisasi terkait regulasi BPJS Kesehatan dan memberikan pelatihan mengenai proses administrasi klaim kepada petugas yang bertanggung jawab. Upaya tersebut juga dapat didukung dengan penyusunan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang jelas serta pemeriksaan dokumen klaim secara rutin untuk mencegah terjadinya kesalahan yang sama secara berulang. Dengan penerapan manajemen klaim yang baik, rumah sakit dapat mengurangi jumlah pending *claim* dan

mempercepat proses pembayaran dari BPJS, sehingga keuangan rumah sakit menjadi lebih stabil (Listiyawati., 2022). Berdasarkan uraian permasalahan dan data yang telah dipaparkan, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai "Tinjauan Manajemen Penyebab *Pending Claim* BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Anna Medika Madura".

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan studi kasus untuk menggali informasi secara mendalam terkait penyebab terjadinya *pending claim* BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Anna Medika Madura.

Subjek dalam penelitian ini adalah informan yang terlibat dalam proses pengajuan dan pengelolaan klaim BPJS Kesehatan, yang meliputi verifikator internal, manajer keuangan, coder, dan petugas rekam medis. Sementara itu, objek penelitian mencakup berkas *pending claim* rawat inap BPJS Kesehatan periode Januari hingga Desember 2024, SOP, serta alur pengajuan klaim.

Pengumpulan data dalam penelitian ini dilakukan melalui wawancara, observasi, dan dokumentasi. Wawancara dilaksanakan secara langsung dengan menggunakan pedoman wawancara semi-terstruktur untuk menggali informasi terkait proses pengajuan klaim serta faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya *pending claim*. Selanjutnya, observasi dilakukan terhadap berkas *pending claim* rawat inap BPJS Kesehatan periode Januari–Desember 2024, SOP, dan alur pengajuan klaim. Adapun dokumen yang menjadi bahan pengamatan meliputi Surat Eligibilitas Peserta (SEP), billing kasir, resume medis, laporan operasi, laporan anestesi, serta dokumen hasil pemeriksaan penunjang, seperti laboratorium dan radiologi.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini meliputi pedoman wawancara semi-terstruktur dan lembar observasi sebagai alat untuk memperoleh data penelitian. Lembar observasi digunakan untuk menilai kelengkapan berkas *pending claim* dan kesesuaiannya dengan SOP serta alur pengajuan klaim yang berlaku di rumah sakit.

Keabsahan data dalam penelitian ini dilakukan melalui triangulasi metode dengan membandingkan hasil wawancara, observasi, dan dokumentasi guna meningkatkan kredibilitas data yang diperoleh. Analisis data menggunakan model Miles dan Huberman yang terdiri atas tiga tahapan, yaitu reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan. Pada tahap reduksi, data yang diperoleh diseleksi dan dikelompokkan sesuai dengan informasi yang berkaitan dengan faktor penyebab *pending claim*. Selanjutnya, data disajikan dalam bentuk deskriptif dan diinterpretasikan untuk memperoleh kesimpulan berdasarkan temuan penelitian.

## HASIL PENELITIAN

### 1. Pelaksanaan Manajemen Klaim BPJS Kesehatan Berdasarkan Aspek *Methode*

Proses klaim BPJS Kesehatan berkaitan dengan penerapan prosedur, pedoman, dan tahapan kerja yang digunakan oleh rumah sakit dalam pelaksanaan pengajuan klaim. Berdasarkan hasil penelitian, aspek *method* meliputi pemahaman dan penerapan SOP, pelaksanaan verifikasi internal, pemeriksaan kelengkapan dokumen, penerapan *checklist*, penggunaan pedoman *coding*, serta upaya yang dilakukan untuk meminimalkan terjadinya *pending claim*.

Pemahaman terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP) dalam proses klaim BPJS Kesehatan telah dimiliki oleh petugas yang terlibat dan menjadi pedoman dalam setiap tahapan proses klaim. Temuan tersebut menunjukkan bahwa pelaksanaan SOP di rumah sakit telah dilakukan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan. Berikut kutipan wawancara dengan manajer keuangan internal sebagai berikut:

*"Pemahaman terhadap SOP harus dimiliki seluruh tim casemix, dan wajib dipahami oleh petugas rekam medis dan tenaga kesehatan yang terlibat langsung dalam proses klaim BPJS." (IK 2)*

Selain itu, informan verifikator internal juga menyampaikan bahwa SOP dipahami secara menyeluruh karena menjadi pedoman

dalam pelaksanaan proses klaim BPJS Kesehatan dari awal hingga pengajuan klaim. Berikut kutipan wawancara dengan informan verifikator internal sebagai berikut:

*"Memahami SOP secara keseluruhan karena SOP tersebut menjadi pedoman dalam proses klaim BPJS dari awal hingga pengajuan klaim." (IK 1)*

Hasil observasi juga menunjukkan bahwa rumah sakit memiliki Standar Operasional Prosedur (SOP) yang digunakan sebagai pedoman dalam pelaksanaan proses klaim BPJS Kesehatan. SOP tersebut memuat alur dan pembagian tugas petugas yang terlibat dalam proses pengajuan klaim. Keberadaan SOP tersebut menjadi acuan bagi petugas dalam melaksanakan tugas sesuai dengan tahapan yang telah ditetapkan, mulai dari proses penyiapan berkas hingga pemeriksaan sebelum klaim diajukan kepada BPJS Kesehatan.

Penerapan SOP dalam proses klaim BPJS Kesehatan juga disertai dengan pelaksanaan verifikasi internal. Tahap ini dilakukan untuk memeriksa kelengkapan serta kesesuaian dokumen klaim sebelum berkas disampaikan kepada BPJS Kesehatan. Verifikasi internal telah dilaksanakan sesuai dengan mekanisme yang berlaku di rumah sakit. Berikut kutipan wawancara dengan informan manajer keuangan sebagai berikut:

*"Setelah pasien pulang, berkas rekam medis elektronik akan masuk ke tim casemix. Selanjutnya petugas coding rawat jalan dan rawat inap melakukan penginputan diagnosis sesuai coding dokter. Setelah itu, berkas diperiksa kembali oleh verifikator internal untuk mengecek kesesuaian diagnosis, kondisi medis pasien, dan kelengkapan bukti pendukung rekam medis baik dari aspek administrasi maupun medis sebelum diajukan ke BPJS." (IK 2)*

Pernyataan tersebut diperkuat oleh informan yang menjelaskan tahapan pemeriksaan kelengkapan berkas secara lebih rinci. Dalam proses verifikasi, apabila ditemukan dokumen yang kurang atau belum sesuai, berkas tidak langsung diajukan kepada BPJS Kesehatan, tetapi dikembalikan kepada unit terkait untuk dilakukan perbaikan atau dilengkapi terlebih dahulu. Berikut kutipan wawancara dengan informan verifikator internal sebagai berikut:

*"Berkas klaim diperiksa, dilengkapi jika terdapat kekurangan, diverifikasi ulang, kemudian diajukan ke BPJS Kesehatan."(IK 1)*

Selain itu, hasil wawancara menunjukkan bahwa proses pemenuhan kelengkapan dokumen juga melibatkan koordinasi dengan bagian rekam medis. Apabila masih terdapat kekurangan pada dokumen klaim, berkas dikembalikan kepada bagian terkait untuk dilakukan perbaikan atau dilengkapi sebelum dapat dilanjutkan ke tahap pengajuan klaim. Berikut kutipan wawancara dengan informan coder sebagai berikut:

*"Berkas yang belum lengkap dikembalikan ke rekam medis untuk dilengkapi sebelum diajukan ke BPJS."(IU 1)*

Meskipun verifikasi internal telah dilaksanakan, masih terdapat tahapan dalam proses klaim BPJS Kesehatan yang berpotensi menyebabkan *pending claim*, terutama pada proses *coding* dan kelengkapan dokumen pendukung. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa kedua tahapan tersebut masih memerlukan perhatian dalam proses pengajuan klaim. Berikut kutipan wawancara dengan informan manajer keuangan sebagai berikut:

*"Pending claim paling sering terjadi pada tahap kelengkapan administrasi dan verifikasi medis. Penyebabnya antara lain kesalahan coding diagnosis atau tindakan serta ketidaksesuaian dokumen pendukung medis dengan ketentuan BPJS. Selain itu, masih ditemukan pengisian resume medis yang belum lengkap oleh dokter." (IK 2)*

Pernyataan tersebut diperkuat oleh informan lain yang menyampaikan bahwa kendala yang paling sering ditemukan berkaitan dengan proses *coding* dan kelengkapan berkas penunjang. Ketidakjelasan diagnosis maupun dokumen pendukung dapat menyulitkan proses verifikasi klaim. Berikut kutipan wawancara dengan informan verifikasi internal sebagai berikut:

*" Coding dan lampiran penunjang menjadi penyebab utama pending."(IK 1)*

Selain kendala pada kejelasan diagnosis dan kelengkapan berkas penunjang, proses *coding* juga dapat mengalami kendala ketika

terdapat pembaruan pedoman atau ketentuan yang digunakan dalam proses pengajuan klaim. Berikut kutipan wawancara dengan informan coder sebagai berikut:

*"Kendala coding terjadi karena pedoman PNPK atau BA terbaru belum diperbarui."(IU 1)*

Kendala lain yang ditemukan berkaitan dengan kelengkapan administrasi pada dokumen pendukung, khususnya dokumen yang masih menggunakan pencatatan secara manual. Informan menjelaskan bahwa dokumen yang telah tersedia masih dapat dikembalikan apabila tanda tangan atau stempel dokter belum lengkap. Berikut kutipan wawancara dengan informan petugas rekam medis sebagai berikut:

*"Kekurangan dokumen yang sering ditemukan berupa tanda tangan dan stempel dokter."(IU 2)*

Hasil pengamatan menunjukkan bahwa resume rekam medis termasuk dalam dokumen pendukung yang diperlukan sebagai bagian dari kelengkapan pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Resume rekam medis memuat informasi mengenai diagnosis, tindakan, serta identitas pasien yang menjadi dasar dalam proses verifikasi klaim.

Upaya meminimalkan terjadinya *pending claim* akibat ketidaklengkapan dokumen, dilakukan pemeriksaan kelengkapan berkas klaim sebelum diajukan kepada BPJS Kesehatan. Pemeriksaan tersebut mengacu pada *Reminder Tata Kelola Pengajuan Klaim BPJS* sebagai pedoman untuk memastikan seluruh persyaratan dokumen telah terpenuhi. Berikut kutipan wawancara dengan informan manajer keuangan sebagai berikut:

*"Kelengkapan berkas diperiksa berdasarkan Reminder Tata Kelola Pengajuan Klaim BPJS sebagai acuan pemeriksaan dokumen." (IK 1)*

Selain pemeriksaan kelengkapan dokumen, dilakukan pula pengecekan ulang terhadap kode diagnosis dan tindakan untuk memastikan kesesuaiannya sebelum data klaim dikirim untuk diverifikasi. Berikut kutipan wawancara dengan coder sebagai berikut:

*"Kode diagnosis dan tindakan diperiksa ulang oleh coder sebelum verifikasi klaim."(IU 1)*

Dalam pelaksanaannya, pemeriksaan kelengkapan dokumen juga didukung oleh penggunaan sistem EMR. Pemantauan kelengkapan dokumen dilakukan melalui sistem tersebut sehingga checklist manual tidak lagi digunakan sebagai alat pemeriksaan kelengkapan berkas. Berikut kutipan wawancara dengan informan petugas rekam medis sebagai berikut:

*"Kelengkapan dokumen dipantau melalui EMR tanpa menggunakan checklist manual."(IU 2.*

Setelah penerapan *checklist* dalam proses klaim BPJS Kesehatan, rumah sakit juga menerapkan pedoman khusus pada proses coding diagnosis dan tindakan. Pedoman tersebut menjadi rujukan bagi petugas coding dalam menetapkan kode diagnosis dan tindakan sesuai dengan kondisi pasien. Penggunaan pedoman yang tepat diharapkan dapat mendukung ketepatan proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Berikut kutipan wawancara dengan informan coder sebagai berikut:

*"Proses coding mengacu pada BA Kesepakatan, PNPK, serta buku ICD-10 dan ICD-9 sebagai pedoman pengkodean." (IU 1)*

Penggunaan pedoman tersebut diperjelas oleh informan lain yang menyampaikan bahwa proses *coding* tidak memiliki SOP khusus, tetapi menggunakan beberapa peraturan dan pedoman sebagai acuan dalam pelaksanaannya. Acuan tersebut meliputi Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes), PNPK untuk masing-masing penyakit, serta Berita Acara (BA) kesepakatan antara BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan. Berikut kutipan wawancara dengan informan verifikator internal sebagai berikut:

*"Coding mengacu pada Permenkes, PNPK, dan BA kesepakatan."(IK 1)*

Hal tersebut sejalan dengan penjelasan informan lainnya yang menyebutkan bahwa petugas *coding* menggunakan Permenkes, PNPK, buku ICD-10 digunakan sebagai pedoman untuk menetapkan kode diagnosis penyakit, sedangkan ICD-9-CM digunakan sebagai acuan dalam pengkodean tindakan atau prosedur medis, serta BA kesepakatan

antara BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan sebagai pedoman dalam menentukan kode. Berikut kutipan wawancara dengan informan manajer keuangan sebagai berikut:

*"Coding mengacu pada Permenkes, PNPK, ICD-10, ICD-9-CM, dan BA kesepakatan."(IK 2)*

Penggunaan berbagai pedoman tersebut menjadi acuan bagi coder dalam menentukan kode diagnosis dan tindakan. Meskipun demikian, dalam pelaksanaannya masih ditemukan kendala pada kasus tertentu, terutama ketika coder harus menentukan diagnosis utama atau menerapkan aturan pengkodean yang mengharuskan beberapa diagnosis digabung menjadi satu kode. Berikut kutipan wawancara dengan informan verifikator internal sebagai berikut:

*"Kendala coding berupa kesulitan menentukan diagnosis utama dan aturan penggabungan kode."(IK 1)*

Kendala tersebut juga disampaikan oleh informan lain yang menjelaskan bahwa permasalahan *coding* terutama dapat terjadi pada kasus yang kompleks dan ketika terdapat aturan pengkodean tertentu yang mengharuskan penggabungan beberapa diagnosis menjadi satu kode. Berikut kutipan wawancara dengan informan manajer keuangan sebagai berikut:

*"Coder terkadang mengalami kesulitan menentukan diagnosis utama dan menerapkan aturan penggabungan kode pada kasus tertentu."(IK 2)*

Penerapan coding dapat berjalan tanpa kendala apabila mengacu pada BA Kesepakatan dan PNPK. Namun, hasil wawancara dengan informan lainnya menunjukkan bahwa pada kasus tertentu masih ditemukan kendala dalam menentukan diagnosis utama dan menerapkan aturan penggabungan kode. Berikut kutipan wawancara dengan informan coder sebagai berikut:

*"Penerapan coding berjalan tanpa kendala apabila mengacu pada BA Kesepakatan dan PNPK."(IU 1)*

Proses klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Anna Medika Madura sudah diterapkan berdasarkan SOP dan didukung oleh verifikasi internal serta pemeriksaan kelengkapan dokumen sebelum pengajuan klaim. Proses *coding* juga menggunakan beberapa pedoman, seperti Permenkes, PNPK, ICD-10, ICD-9-CM, dan BA Kesepakatan. Meskipun demikian, masih ditemukan kendala pada kasus tertentu, terutama dalam menentukan diagnosis utama dan menerapkan aturan pengkodean, sehingga diperlukan ketelitian dalam proses *coding* untuk meminimalkan terjadinya *pending claim*.

**2. Pelaksanaan Manajemen Klaim BPJS Kesehatan Berdasarkan Aspek *Machine***

Pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan didukung oleh penggunaan sistem informasi serta sarana dan prasarana yang tersedia untuk menunjang setiap tahapan dalam proses pengajuan klaim. Berdasarkan hasil penelitian, aspek *machine* meliputi penggunaan SIMRS, EMR, INA-CBGs, V-Klaim, serta ketersediaan perangkat pendukung seperti komputer, scanner, dan printer.

Pemanfaatan SIMRS, *Electronic Medical Record* (EMR), dan aplikasi INA-CBGs telah mendukung pelaksanaan proses klaim BPJS Kesehatan. Sistem tersebut membantu petugas dalam pengelolaan data pasien, *coding*, hingga pengajuan klaim. Berikut kutipan wawancara dengan informan coder sebagai berikut:

*"SIMRS membantu pengecekan data dan dokumen, sedangkan INA-CBGs digunakan untuk grouping tarif klaim.." (IU 1)*

Selain itu, informan Verifikator Internal juga menyampaikan bahwa penggunaan SIMRS dan aplikasi INA-CBGs memberikan kemudahan dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Berikut kutipan wawancara dengan informan verifikator internal sebagai berikut:

*"Penggunaan SIMRS dan aplikasi INA-CBGs membantu mempermudah proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan." (IK 1)*

Penggunaan sistem tersebut juga didukung oleh penerapan EMR yang telah terintegrasi secara komputerisasi dalam proses klaim. Dengan adanya sistem tersebut, proses pengajuan klaim tidak lagi memerlukan pemindaian berkas secara manual. Petugas melakukan input kode

ICD-9 dan ICD-10 pada aplikasi INA-CBGs sebagai bagian dari proses pengajuan klaim. Berikut kutipan wawancara dengan informan manajer keuangan sebagai berikut:
*"SIMRS membantu dalam penginputan data pasien dan kelengkapan berkas secara digital sehingga memudahkan proses pengecekan. Sedangkan aplikasi INA-CBGs digunakan dalam proses grouping tarif klaim BPJS Kesehatan."(IK 2)*

Selain SIMRS, EMR, dan aplikasi INA-CBGs, Rumah Sakit Anna Medika Madura juga menggunakan aplikasi V-Claim sebagai pendukung dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan. V-KCaim digunakan untuk mendukung proses pengiriman data klaim rumah sakit kepada BPJS Kesehatan. Berikut kutipan wawancara dengan informan verifikator internal sebagai berikut:
**"**V-Claim digunakan untuk pengiriman data klaim rumah sakit**.."***(IK 1)*

Penggunaan V-Klaim dalam proses klaim juga dijelaskan oleh informan lain sebagai sistem yang menghubungkan SIMRS rumah sakit dengan server BPJS Kesehatan. Sistem tersebut digunakan dalam beberapa tahapan, mulai dari validasi kepesertaan, penerbitan SEP, hingga pengiriman data SEP dan coding secara digital. Berikut kutipan wawancara dengan informan manajer keuangan sebagai berikut:
*"V-Claim menghubungkan SIMRS dengan BPJS untuk validasi pasien, penerbitan SEP, dan pengiriman data klaim."(IK 2)*

Selain mendukung pengiriman data secara digital, V-Klaim juga digunakan untuk melakukan pengecekan dan penyesuaian data SEP serta informasi pelayanan pasien. Hal tersebut meliputi pengecekan tanggal terbit SEP dengan tanggal pelayanan, penyesuaian kelas pasien rawat inap, pembaruan kondisi pulang pasien, serta pengecekan status SEP. Berikut kutipan wawancara dengan informan coder sebagai berikut:
*"V-Claim digunakan untuk mengecek kesesuaian data SEP, kelas rawat, kondisi pulang, serta status pelayanan pasien."(IU 1)*

Penggunaan SIMRS, EMR, INA-CBGs, dan V-Claim telah membantu menunjang proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Namun, selama pelaksanaannya masih ditemukan kendala teknis pada sistem, di antaranya saat proses pembaruan sistem dan terjadinya perlambatan dalam mengakses aplikasi. Akan tetapi, kendala tersebut dapat ditangani melalui koordinasi dengan tim IT sehingga tidak menghambat proses klaim BPJS Kesehatan. Berikut kutipan wawancara dengan informan verifikator internal sebagai berikut:
*"Kendala yang pernah terjadi terkait sistem adalah pada saat proses update sistem. Namun, kendala tersebut dapat teratasi dalam waktu kurang dari satu hari karena terdapat grup koordinasi WhatsApp yang melibatkan petugas IT, sehingga penanganan dapat dilakukan segera dan tidak menghambat proses verifikasi." (IK 1)*

Selain itu, informan petugas rekam medis juga menyampaikan bahwa kendala yang sering dirasakan berupa sistem yang terkadang lambat (*loading*). Meskipun demikian, rumah sakit jarang mengalami *downtime* karena proses pemeliharaan dan pembaruan sistem dilakukan secara berkala. Berikut kutipan wawancara dengan informan petugas rekam medis sebagai berikut:
*"Kendala yang paling sering dirasakan adalah sistem yang terkadang lambat atau lemot. Namun, rumah sakit jarang mengalami downtime karena proses perbaikan dan pembaruan sistem dilakukan secara berkala." (IU 2)*

Kendala lain yang ditemukan dalam penggunaan sistem adalah kegagalan dalam mengunggah resume pelayanan. Kondisi tersebut dapat terjadi apabila data pada resume medis masih kurang jelas atau belum lengkap. Apabila terjadi kegagalan unggah, data perlu diperbaiki terlebih dahulu sebelum dapat diproses kembali. Berikut kutipan wawancara dengan informan coder sebagai berikut:
*"Ketidakjelasan data menyebabkan gagal upload."(IU 1)*

Temuan tersebut diperkuat melalui hasil triangulasi dengan petugas IT rumah sakit. Petugas IT menjelaskan bahwa kendala teknis dapat berasal dari aplikasi BPJS maupun jaringan internal rumah sakit dan umumnya dapat segera ditangani melalui koordinasi dengan pihak terkait. Selain itu,

proses *update* dan *maintenance* sistem dilakukan pada malam hari agar tidak mengganggu pelayanan. Berikut kutipan wawancara dengan informan IT rumah sakit sebagai berikut:

*"Proses update dan maintenance biasanya dilakukan di atas jam 12 malam sampai jam 4 menjelang pagi agar tidak mengganggu pelayanan. Jika setelah update masih terdapat kendala, kami melakukan monitoring dan penelusuran bersama pihak terkait hingga sistem kembali normal." (IT 1)*

Di samping penggunaan sistem informasi, kelancaran proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan juga ditunjang oleh tersedianya sarana dan prasarana yang mendukung kegiatan klaim. Fasilitas yang tersedia membantu pelaksanaan proses *coding*, verifikasi, hingga pengajuan klaim, serta segera diperbaiki apabila mengalami kerusakan agar tidak menghambat proses klaim. Berikut kutipan wawancara dengan informan verifikator internal sebagai berikut:

*"Fasilitas dan sarana kerja di unit casemix sudah lengkap dengan perangkat komputer yang baru. Unit casemix menjadi prioritas rumah sakit. Terdapat kesadaran bahwa keterlambatan pekerjaan di unitini akan menyebabkan tunggakan klaim. Jika terjadi kerusakan fasilitas akan segera diperbaiki agar tidak mengganggu kelancaran penyusunan berkas klaim." (IK 1)*

Selain itu, informan coder juga menyampaikan bahwa ketersediaan komputer dan akses sistem telah membantu pelaksanaan proses *coding* dan penyusunan klaim BPJS Kesehatan. Berikut kutipan wawancara dengan informan coder sebagai berikut:

*"Dalam pelaksanaan pengkodean dan penyusunan klaim tersedia sarana pendukung seperti komputer dan akses sistem yang membantu proses pekerjaan. Meskipun terkadang terdapat kendala teknis, fasilitas yang tersedia masih dapat digunakan untuk mendukung kegiatan klaim." (IU 1)*

Pernyataan tersebut didukung oleh hasil triangulasi dengan petugas IT rumah sakit yang menjelaskan bahwa ketersediaan sarana dan prasarana telah disesuaikan dengan kebutuhan dalam pelaksanaan pekerjaan, mencakup perangkat keras maupun perangkat lunak. Berikut kutipan wawancara dengan informan IT rumah sakit sebagai berikut:

*"Sarana dan prasarana tersedia sesuai kebutuhan proses klaim." (IT 1)*

Pemanfaatan sistem informasi beserta sarana pendukung berperan dalam menunjang tahapan pengelolaan klaim BPJS Kesehatan, mulai dari pengolahan data, proses *coding*, verifikasi, hingga pengajuan klaim. Dalam pelaksanaannya, masih ditemukan kendala teknis tertentu, seperti aplikasi mengalami *loading*, proses *update* sistem, maupun kegagalan unggah data. Kendala tersebut dapat ditindaklanjuti melalui koordinasi dengan petugas IT rumah sakit sehingga proses klaim tetap dapat dilanjutkan. Ketersediaan perangkat seperti komputer, scanner, dan printer juga dinilai telah sesuai dengan kebutuhan pelaksanaan proses klaim.

**3. Pelaksanaan Manajemen Klaim BPJS Kesehatan Berdasarkan Aspek *Material***

Proses klaim BPJS Kesehatan berkaitan dengan ketersediaan dan kelengkapan dokumen yang diperlukan dalam pengajuan klaim. Berdasarkan hasil penelitian, aspek *material* meliputi kelengkapan dokumen klaim, tindak lanjut terhadap dokumen yang belum lengkap, serta koordinasi dan pertukaran dokumen antarunit dalam mendukung proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan.

Kelengkapan dokumen klaim menjadi salah satu persyaratan utama sebelum berkas diajukan kepada BPJS Kesehatan. Pada klaim rawat inap, dokumen yang harus tersedia meliputi SEP, billing kasir, resume medis, laporan operasi, laporan anestesi, serta dokumen penunjang seperti hasil laboratorium dan radiologi. Berikut kutipan wawancara dengan informan verifikator internal sebagai berikut:

*"Berkas klaim rawat inap harus dilengkapi dengan SEP, billing, resume medis, laporan operasi, laporan anestesi, serta hasil pemeriksaan penunjang sebelum dilakukan pengajuan klaim BPJS Kesehatan."(IK 1)*

Pernyataan tersebut diperkuat oleh informan lain yang menjelaskan bahwa kelengkapan dokumen klaim juga mencakup dokumen administratif peserta,

seperti identitas pasien dan kepesertaan BPJS, serta dokumen pendukung pelayanan medis berupa resume medis dan hasil pemeriksaan penunjang. Berikut kutipan wawancara dengan informan manajer keuangan sebagai berikut:

*"*Dokumen klaim meliputi identitas peserta, kartu BPJS/KIS, SEP, resume medis, dan hasil penunjang.*"(IK 2)*

Selain dokumen administratif dan dokumen pendukung pelayanan medis, informan lainnya menyebutkan beberapa dokumen yang digunakan dalam pengajuan klaim rawat inap, seperti e-klaim, SEP, nota, resume medis, dokumen penunjang, triage, dan CPPT. Berikut kutipan wawancara dengan informan coder sebagai berikut:

*"*Dokumen klaim rawat inap meliputi e-klaim, SEP, nota, resume medis, penunjang, triage dan CPPT.*"(IU 1)*

Selain memastikan ketersediaan dokumen klaim, apabila dalam proses pemeriksaan ditemukan berkas yang belum lengkap, maka dilakukan tindak lanjut berupa pengembalian berkas kepada unit terkait untuk dilengkapi sebelum diproses kembali. Berikut kutipan wawancara dengan informan manajer keuangan sebagai berikut:

*"Klaim yang dinyatakan pending diperbaiki melalui penelusuran penyebab, pelengkapan data, dan perbaikan dokumen sebelum diajukan kembali ke BPJS Kesehatan" (IK 2)*

Pernyataan tersebut diperkuat oleh informan yang menjelaskan bahwa berkas yang belum lengkap tidak langsung diajukan kepada BPJS Kesehatan, tetapi dikembalikan kepada unit atau ruangan yang bertanggung jawab untuk dilengkapi. Dalam proses tersebut, petugas juga memberikan catatan mengenai bagian dokumen yang masih kurang, kemudian berkas yang telah dilengkapi akan dikirimkan kembali untuk dilakukan pengecekan ulang. Berikut kutipan wawancara dengan informan verifikator internal sebagai berikut:

*"Berkas klaim yang belum lengkap dikembalikan ke unit terkait untuk dilengkapi, kemudian dilakukan verifikasi ulang sebelum diajukan ke BPJS Kesehatan."(IK 1)*

Ketidaklengkapan dokumen juga dapat ditemukan pada rekam medis yang diterima oleh coder, terutama pada dokumen hasil pemeriksaan penunjang. Untuk melengkapi dokumen tersebut, dilakukan koordinasi dengan pihak terkait, termasuk melalui komunikasi secara langsung maupun menggunakan WhatsApp atau telepon. Berikut kutipan wawancara dengan informan coder sebagai berikut:

*"Ketidaklengkapan rekam medis, terutama hasil penunjang, ditindaklanjuti melalui koordinasi dengan dokter untuk melengkapi dokumen."(IU 1)*

Hasil observasi menunjukkan bahwa Surat Eligibilitas Peserta (SEP) merupakan salah satu dokumen yang harus dilengkapi dalam berkas pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Keberadaan SEP menjadi bagian dari persyaratan administrasi yang diperiksa sebelum berkas diajukan kepada BPJS Kesehatan.

Selain kelengkapan dokumen, koordinasi antarunit juga mendukung kelancaran proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Koordinasi antarunit dilakukan dengan pertukaran dokumen yang diperlukan dalam proses klaim. Apabila masih ditemukan berkas yang belum memenuhi kelengkapan, dokumen tersebut dikembalikan kepada unit yang bersangkutan untuk dilengkapi sebelum diproses kembali.Berikut kutipan wawancara dengan informan petugas rekam medis sebagai berikut:

*"Dokumen yang belum lengkap dikembalikan kepada unit terkait untuk dilengkapi dan diverifikasi kembali sebelum pengajuan klaim." (IK 1)*

Informan yang sama juga menjelaskan bahwa alur pertukaran dokumen klaim dimulai dari unit pelayanan, kemudian diperiksa oleh rekam medis sebelum diteruskan ke tim *casemix*. Apabila ditemukan ketidaklengkapan dokumen, berkas akan dikembalikan kepada unit terkait untuk dilengkapi. Berikut kutipan wawancara dengan informan petugas rekam medis sebagai berikut:

*"Berkas klaim diproses melalui unit pelayanan, rekam medis, dan casemix dengan mekanisme pengembalian apabila terdapat dokumen yang belum lengkap." (IU 2)*

Pernyataan mengenai keterhubungan antarunit tersebut diperkuat melalui hasil triangulasi dengan petugas IT rumah sakit. Petugas IT menjelaskan bahwa sistem yang terintegrasi memungkinkan pengguna dari

masing-masing unit, seperti perawat, bidan, laboratorium, dan dokter, untuk mengakses data sesuai dengan kewenangannya. Dengan demikian, data dapat diakses secara langsung melalui sistem tanpa harus dilakukan pemindahan data secara berulang antarunit. Berikut kutipan wawancara dengan informan IT Rumah Sakit sebagai berikut:

*"EMR terintegrasi memungkinkan pengguna mengakses data sesuai dengan perannya." (IT 1)*

Kelengkapan dokumen menjadi salah satu hal penting yang perlu diperhatikan dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Apabila dokumen yang dipersyaratkan belum lengkap, berkas akan dikembalikan kepada unit terkait untuk dilengkapi dan dilakukan pengecekan ulang sebelum diajukan kepada BPJS Kesehatan. Koordinasi antarunit serta keterintegrasian sistem juga mendukung proses pemenuhan dan pertukaran data sehingga kelengkapan dokumen dapat dipenuhi sebelum proses pengajuan klaim.

## PEMBAHASAN

### 1. Pelaksanaan Manajemen Klaim BPJS Kesehatan Berdasarkan Aspek *Methode*

Petugas yang terlibat dalam pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan telah memiliki pemahaman terhadap SOP yang menjadi acuan dalam setiap tahapan proses klaim. Dalam kegiatan *coding*, selain berpedoman pada SOP, petugas juga menggunakan BA Kesepakatan, PNPK, ICD-10, dan ICD-9 sebagai rujukan untuk menetapkan kode diagnosis dan tindakan.

Hasil penelitian ini didukung oleh Ais, Putri Lutfiah Rihadatul (2024) yang menunjukkan bahwa penerapan SOP dalam proses klaim BPJS Kesehatan menjadi pedoman bagi petugas dalam menjalankan setiap tahapan klaim. Penelitian tersebut menjelaskan bahwa pelaksanaan SOP yang baik membantu meminimalkan kesalahan administrasi dan mendukung kelancaran proses pengajuan klaim sehingga dapat mengurangi risiko *pending claim*.

Pemahaman terhadap SOP dan penggunaan pedoman coding yang sesuai membantu petugas melaksanakan proses klaim secara lebih terarah. Hal ini menunjukkan bahwa pedoman kerja yang dipahami dan diterapkan dengan baik dapat membantu mengurangi kesalahan dalam proses coding dan pengajuan klaim.

Sebelum klaim diajukan kepada BPJS Kesehatan, berkas terlebih dahulu melalui tahap verifikasi internal. Tahap ini dilakukan untuk menilai kelengkapan dan kesesuaian dokumen agar persyaratan administrasi klaim dapat terpenuhi. Apabila dalam pemeriksaan masih ditemukan dokumen yang kurang atau tidak sesuai, berkas dikembalikan kepada unit terkait untuk diperbaiki. Setelah perbaikan selesai dilakukan, berkas kembali diperiksa sampai dinyatakan lengkap dan memenuhi ketentuan untuk diajukan kepada BPJS Kesehatan.

Hasil penelitian ini didukung oleh Alex Sander, et al. (2022) yang menyatakan bahwa proses verifikasi dilakukan terhadap kelengkapan dokumen klaim sebelum diajukan kepada BPJS Kesehatan. Penelitian tersebut menunjukkan bahwa berkas yang belum memenuhi persyaratan akan dikembalikan kepada unit terkait untuk diperbaiki sebelum dapat diproses kembali.

Verifikasi internal memiliki peran penting dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan karena pemeriksaan pada tahap ini dapat mengidentifikasi kekurangan dokumen terlebih dahulu, sebelum berkas diteruskan kepada BPJS Kesehatan. Dengan adanya proses verifikasi tersebut, setiap kekurangan dapat segera diperbaiki sehingga peluang terjadinya pending claim akibat ketidaklengkapan administrasi dapat diminimalkan.

Tahapan yang paling sering menyebabkan terjadinya *pending claim* adalah ketidaklengkapan berkas klaim. Ketidaklengkapan tersebut meliputi dokumen administrasi maupun dokumen pendukung yaitu tanda tangan atau stempel dokter yang belum lengkap juga kelengkapan berkas penunjang. Kadang diagnosis atau lampirannya kurang jelas yang dimana menjadi persyaratan pengajuan

klaim BPJS Kesehatan dan juga *pending claim* masih terjadi pada tahapan *coding* dan kelengkapan dokumen pendukung. Pada proses *coding*, kendala yang ditemukan berupa diagnosis atau tindakan yang kurang jelas serta adanya pembaruan PNPK dan BA yang belum diperbarui.

Hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian pada RSU Haji Surabaya Ariqpurna Bayu Triatmaja, et al. (2022) Penelitian tersebut menunjukkan bahwa kelengkapan dokumen menjadi salah satu hal yang menentukan dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Ketika persyaratan berkas belum terpenuhi, terutama dokumen hasil pemeriksaan penunjang yang masih sering ditemukan tidak lengkap, klaim dapat mengalami hambatan dalam proses pengajuannya. Kondisi tersebut berpotensi menimbulkan keterlambatan hingga menyebabkan terjadinya *pending claim* karena klaim hanya dapat diproses apabila seluruh persyaratan dokumen telah terpenuhi.

Kelengkapan dokumen menjadi salah satu aspek yang berpengaruh terhadap kelancaran pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Apabila masih terdapat persyaratan yang belum terpenuhi, berkas tidak dapat dilanjutkan ke tahap berikutnya dan perlu dikembalikan kepada unit terkait untuk dilengkapi terlebih dahulu.

Kondisi tersebut dapat memperpanjang waktu penyelesaian klaim dan meningkatkan risiko terjadinya *pending claim*. Dengan demikian, ketelitian petugas dalam mempersiapkan dokumen sejak tahap awal perlu diperhatikan agar seluruh persyaratan klaim dapat dipenuhi secara lengkap sebelum berkas diajukan kepada BPJS Kesehatan.

Upaya meminimalkan *pending claim* dilakukan melalui pemeriksaan kelengkapan dokumen dan pengecekan ulang kode diagnosis serta tindakan sebelum klaim diajukan kepada BPJS Kesehatan. Pemeriksaan kelengkapan berkas mengacu pada *Reminder Tata Kelola Pengajuan Klaim BPJS* sebagai pedoman. Selain itu, kelengkapan dokumen dipantau melalui sistem EMR sehingga checklist manual tidak lagi digunakan.

Hasil penelitian ini didukung oleh penelitian Alex Sander, et al. (2022) Pemeriksaan terhadap dokumen dilakukan terlebih dahulu sebelum berkas diajukan kepada BPJS Kesehatan dengan tujuan memastikan seluruh persyaratan klaim telah dipenuhi. Jika dalam pemeriksaan masih terdapat dokumen yang tidak sesuai dengan persyaratan, berkas akan dikembalikan kepada unit yang bersangkutan untuk diperbaiki terlebih dahulu sebelum dilanjutkan ke proses berikutnya.

Meskipun Rumah Sakit Anna Medika Madura belum menggunakan checklist khusus dalam bentuk lembar pemeriksaan, penggunaan *Reminder Tata Kelola Pengajuan Klaim BPJS* telah berfungsi sebagai acuan dalam memeriksa kelengkapan dokumen klaim. Acuan tersebut membantu petugas melakukan pemeriksaan secara sistematis sesuai persyaratan pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Namun, apabila rumah sakit memiliki checklist yang lebih terstruktur, proses pemeriksaan berkas berpotensi menjadi lebih mudah, seragam, dan dapat mengurangi kemungkinan adanya dokumen yang terlewat saat proses verifikasi.

Proses *coding* telah dilaksanakan berdasarkan SOP dan pedoman seperti BA Kesepakatan, PNPK, ICD-10, ICD-9-CM, dan Permenkes. Namun, pada kasus tertentu masih ditemukan kendala dalam menentukan diagnosis utama dan menerapkan aturan pengkodean yang mengharuskan beberapa diagnosis digabung menjadi satu kode. Kondisi tersebut terutama terjadi pada kasus yang kompleks sehingga membutuhkan ketelitian coder dalam menetapkan kode yang tepat.

Temuan penelitian ini juga didukung oleh penelitian Agiwahyuanto, et al. (2021) yakni Ketepatan dalam melakukan pengkodean diagnosis penyakit dan tindakan memiliki peranan penting karena berkaitan dengan pembiayaan pelayanan kesehatan. Pada sistem casemix INA-CBGs, koder memiliki peran yang cukup menentukan dalam

menghasilkan tarif klaim. Besaran tarif yang tercantum pada aplikasi INA-CBGs ditentukan berdasarkan diagnosis dan prosedur yang dikodekan. Oleh sebab itu, kesalahan dalam pengkodean dapat menyebabkan tarif yang dihasilkan tidak sesuai.

Proses *coding* yang telah menggunakan berbagai pedoman belum sepenuhnya menjamin tidak terjadinya kendala, terutama pada kasus yang kompleks. Kesulitan dalam menentukan diagnosis utama dan penerapan aturan penggabungan kode dapat mempengaruhi ketepatan hasil *coding*, oleh karena itu ketepatan *coding* berperan penting dalam menentukan tarif INA-CBGs. Oleh karena itu, ketelitian coder dalam menerapkan pedoman *coding* diperlukan untuk meminimalkan kesalahan pengkodean dan risiko terjadinya *pending claim*.

**2. Pelaksanaan Manajemen Klaim BPJS Kesehatan Berdasarkan Aspek *Machine***

Proses klaim BPJS Kesehatan didukung oleh penggunaan SIMRS, EMR, INA-CBGs, dan V-Klaim. SIMRS dan EMR membantu pengelolaan serta pengecekan data secara digital, sedangkan INA-CBGs digunakan dalam proses *grouping* tarif berdasarkan kode diagnosis dan tindakan. V-Klaim digunakan untuk mendukung pengiriman data klaim serta pengecekan kesesuaian data SEP dan informasi pelayanan pasien. Penggunaan sistem tersebut membantu proses klaim berjalan secara lebih terintegrasi dan mengurangi penggunaan berkas secara manual.

Temuan penelitian ini juga didukung oleh penelitian Noviana Ami, et al. (2025) yang menunjukkan bahwa implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) berbasis SIMRS mempermudah pengumpulan dokumen, meningkatkan akurasi *coding* INA-CBGs, mempercepat waktu pengajuan klaim, serta menurunkan angka *pending claim*. Selanjutnya, penelitian Ais, Putri Lutfiah Rihadatul (2024) mengatakan Pemanfaatan SIMRS, V-Klaim, dan E-Claim secara terpadu mendukung pelaksanaan proses klaim BPJS Kesehatan agar dapat berjalan secara lebih sistematis dan terorganisasi. Integrasi ketiga sistem tersebut membantu menunjang tahapan pengelolaan klaim sehingga proses pengajuan dapat dilakukan dengan lebih tertata.

Pemanfaatan SIMRS, EMR, dan aplikasi INA-CBGs, V-Klaim telah mendukung proses klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Anna Medika Madura. Hasil penelitian tersebut mendukung temuan bahwa pemanfaatan sistem informasi dapat membantu meningkatkan efektivitas dalam pelaksanaan proses klaim. Agar manfaat tersebut dapat dipertahankan, sistem perlu didukung dengan pemeliharaan dan pembaruan secara berkala serta ketersediaan sarana dan prasarana yang memadai. Dengan demikian, berbagai kendala teknis yang berpotensi menghambat proses pengajuan klaim dapat ditekan.

Dalam pelaksanaan proses klaim BPJS Kesehatan, masih ditemukan beberapa kendala yang berkaitan dengan sistem informasi. Kendala tersebut antara lain muncul ketika dilakukan *update* sistem, aplikasi mengalami *loading*, serta adanya hambatan pada saat proses *upload* data.

Meskipun demikian, kendala tersebut umumnya bersifat sementara dan dapat segera ditangani oleh tim IT rumah sakit melalui koordinasi dengan pihak penyedia sistem. Selain itu, berdasarkan hasil triangulasi diketahui bahwa kegiatan *maintenance* dan *update* sistem dilakukan di luar jam pelayanan Berdasarkan hasil triangulasi, pemeliharaan (*maintenance*) dan pembaruan (*update*) sistem dilaksanakan di luar jam pelayanan. Pengaturan waktu tersebut dilakukan agar kegiatan pemeliharaan tidak menghambat aktivitas pelayanan maupun proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan.

Hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian Noviana Ami, et al. (2025) yang menunjukkan bahwa implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) dapat mengoptimalkan efisiensi proses klaim BPJS. Namun, penelitian tersebut juga menjelaskan bahwa penerapan sistem

elektronik memerlukan dukungan infrastruktur teknologi yang baik agar proses pengelolaan dokumen dan klaim dapat berjalan secara optimal.

Kendala sistem informasi merupakan hal yang dapat terjadi dalam pelaksanaan proses klaim BPJS Kesehatan, terutama ketika dilakukan *update* atau *maintenance* sistem. Hasil penelitian menunjukkan bahwa gangguan tersebut hanya terjadi dalam waktu terbatas. Hal ini didukung oleh adanya koordinasi antara pihak rumah sakit dan tim IT, sehingga kendala dapat segera ditangani dan sistem dapat kembali digunakan.

Pelaksanaan *maintenance* pada waktu di luar jam pelayanan dapat menjadi upaya yang efektif untuk mengurangi potensi gangguan, sehingga kegiatan pelayanan dan proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan tetap dapat berjalan dengan baik.

Ketersediaan sarana dan prasarana di Rumah Sakit Anna Medika Madura telah menunjang pelaksanaan proses klaim BPJS Kesehatan serta mendukung petugas dalam menjalankan tugasnya. Fasilitas seperti komputer, printer, jaringan internet, serta perangkat pendukung lainnya telah disediakan sesuai kebutuhan sehingga membantu petugas dalam mengakses SIMRS, EMR, dan aplikasi INA-CBGs selama proses pengelolaan dan pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Berdasarkan hasil observasi juga diketahui bahwa fasilitas kerja yang tersedia berada dalam kondisi baik dan digunakan untuk menunjang kelancaran pelaksanaan proses klaim BPJS Kesehatan.

Temuan penelitian ini juga didukung oleh penelitian Noviana Ami, et al. (2025) yang menjelaskan bahwa implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) memerlukan perangkat komputer serta infrastruktur teknologi yang memadai sehingga pengelolaan data pasien dan proses klaim dapat dilakukan secara efektif.

Ketersediaan fasilitas dan sarana kerja di unit casemix telah mendukung kelancaran penyusunan berkas klaim BPJS Kesehatan. Tersedianya komputer, akses sistem, serta dukungan rumah sakit dalam memperbaiki fasilitas yang mengalami kerusakan menunjukkan adanya komitmen untuk menjaga agar proses klaim tetap berjalan tanpa hambatan yang berarti. Dengan fasilitas yang memadai, petugas dapat melaksanakan proses penyusunan dan pengajuan klaim secara lebih lancar sehingga dapat meminimalkan keterlambatan dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan.

**3. Pelaksanaan Manajemen Klaim BPJS Kesehatan Berdasarkan Aspek *Material***

Kelengkapan dokumen menjadi salah satu persyaratan sebelum pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Dokumen klaim rawat inap meliputi dokumen administratif seperti identitas pasien, kartu BPJS/KIS, dan SEP, serta dokumen pelayanan medis seperti resume medis, billing, laporan operasi, laporan anestesi, e-klaim, triage, CPPT, serta dokumen hasil pemeriksaan penunjang, meliputi pemeriksaan laboratorium dan radiologi.

Temuan penelitian ini sesuai dengan ketentuan Peraturan BPJS Kesehatan, (2018) pada pasal 20 tentang kelengkapan pendukung pengajuan klaim pelayanan rawat inap (RITL), Penelitian tersebut menjelaskan bahwa pengajuan klaim didukung oleh sejumlah dokumen persyaratan, yang meliputi Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis yang memuat diagnosis dan prosedur serta telah ditandatangani oleh DPJP, laporan tindakan atau operasi, hasil pemeriksaan penunjang jika dilakukan, surat perintah rawat inap, surat pernyataan pemeriksaan klaim dari tim pencegahan kecurangan rumah sakit, checklist klaim rumah sakit, serta luaran dari sistem informasi pengajuan klaim yang diunggah ke sistem informasi BPJS Kesehatan.

Ketersediaan dokumen klaim di Rumah Sakit Anna Medika Madura secara umum telah memenuhi ketentuan yang ditetapkan. Hal ini terlihat dari tersedianya dokumen seperti SEP, resume medis, laporan tindakan atau operasi, serta hasil pemeriksaan

penunjang. Dokumen-dokumen tersebut memiliki peranan penting sebagai dasar dalam tahapan pemeriksaan dan pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan.

Apabila terdapat ketidaklengkapan pada berkas klaim, berkas akan dikembalikan kepada unit pelayanan terkait untuk dilakukan perbaikan atau pemenuhan dokumen sesuai dengan kekurangan yang ditemukan. Setelah dokumen dilengkapi, berkas akan diperiksa kembali oleh petugas verifikasi internal sebelum dinyatakan lengkap dan siap diajukan kepada BPJS Kesehatan. Prosedur tersebut dilakukan untuk memastikan seluruh persyaratan klaim telah terpenuhi sehingga mengurangi kemungkinan terjadinya *pending claim*.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Alex Sander, et al. (2022) Penelitian tersebut menjelaskan bahwa berkas klaim yang masih memiliki kekurangan persyaratan akan dikembalikan kepada unit yang bersangkutan untuk dilengkapi atau diperbaiki sebelum dilanjutkan ke tahap pemrosesan berikutnya.

Proses tersebut dilakukan agar seluruh persyaratan administrasi telah terpenuhi sebelum pengajuan klaim kepada BPJS Kesehatan. Pengembalian berkas kepada unit yang bersangkutan untuk dilengkapi atau diperbaiki menjadi salah satu tahapan penting dalam memastikan mutu dan kelayakan dokumen klaim BPJS Kesehatan sebelum diproses lebih lanjut.

Melalui prosedur tersebut, setiap kekurangan dokumen dapat segera diketahui dan dilengkapi sebelum proses pengajuan klaim. Dengan demikian, kelengkapan dokumen dapat lebih terjamin dan peluang terjadinya *pending claim* akibat dokumen yang belum lengkap dapat diminimalkan.

Koordinasi dan alur pertukaran dokumen klaim dilakukan melalui kerja sama antara unit pelayanan, petugas rekam medis, dan unit casemix. Berkas klaim yang telah dilengkapi dari unit pelayanan diserahkan kepada petugas rekam medis untuk dilakukan pemeriksaan administrasi, kemudian diteruskan kepada unit casemix untuk proses verifikasi dan pengajuan klaim. Jika dalam tahap verifikasi masih terdapat kekurangan atau ketidaksesuaian pada dokumen, berkas tersebut akan dikembalikan kepada unit yang bersangkutan untuk diperbaiki terlebih dahulu.

Selain melalui alur pengembalian dokumen, koordinasi juga dilakukan melalui komunikasi langsung maupun media komunikasi seperti telepon atau WhatsApp agar kekurangan dokumen dapat segera dilengkapi sehingga tidak menghambat proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan.

Temuan penelitian ini juga didukung oleh penelitian Ais, Putri Lutfiah Rihadatul (2024) yang menyatakan bahwa koordinasi antarunit menjadi salah satu upaya untuk mengatasi ketidaklengkapan dokumen administrasi yang dapat menyebabkan *pending claim*. Melalui koordinasi yang baik, kekurangan dokumen dapat segera dilengkapi sehingga proses klaim dapat berjalan sesuai prosedur. Kelengkapan berkas klaim BPJS Kesehatan turut dipengaruhi oleh koordinasi antarunit serta mekanisme pertukaran dokumen dalam setiap tahapan proses klaim.

Komunikasi yang terjalin antara unit pelayanan, petugas rekam medis, dan unit casemix memudahkan proses penyampaian informasi apabila terdapat dokumen yang belum lengkap atau memerlukan perbaikan. Dengan adanya koordinasi yang baik, proses pemenuhan dokumen dapat dilakukan lebih cepat sehingga mendukung kelancaran proses verifikasi dan pengajuan klaim BPJS Kesehatan

**Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian mengenai pelaksanaan manajemen klaim BPJS Kesehatan berdasarkan aspek *Method, Machine,* dan *Material* di Rumah Sakit Anna Medika Madura, dapat disimpulkan sebagai berikut:

**1. Aspek *Methode***

Pelaksanaan manajemen klaim BPJS Kesehatan pada aspek *method* telah dilakukan berdasarkan SOP, verifikasi internal, pemeriksaan kelengkapan dokumen, serta penggunaan pedoman

*coding* seperti BA Kesepakatan, PNPK, ICD-10, ICD-9-CM, dan Permenkes. Namun, masih ditemukan kendala pada proses *coding*, terutama dalam menentukan diagnosis utama dan menerapkan aturan penggabungan kode pada kasus tertentu. Selain itu, ketidaklengkapan dokumen seperti tanda tangan atau stempel dokter dan dokumen penunjang masih menjadi penyebab yang berpotensi menimbulkan *pending claim*.

**2. Aspek *Machine***

Pada aspek *machine*, pengelolaan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Anna Medika Madura telah ditunjang oleh penggunaan SIMRS, EMR, INA-CBGs, dan V-Klaim, serta didukung fasilitas kerja berupa komputer, scanner, dan printer. Pemanfaatan sistem dan perangkat tersebut membantu petugas dalam menjalankan berbagai tahapan klaim, mulai dari pengelolaan data, *coding*, verifikasi, sampai dengan pengajuan klaim. Dalam penerapannya, masih terdapat beberapa hambatan teknis, seperti akses sistem yang lambat, pelaksanaan *update*, serta kegagalan *upload* data pada kondisi tertentu.

Kendala tersebut dapat ditangani melalui koordinasi dengan tim IT dan pemeliharaan sistem secara berkala.

**3. Aspek *Material***

Pada aspek *material*, pengelolaan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Anna Medika Madura didukung oleh ketersediaan berbagai dokumen administrasi dan pelayanan medis, antara lain SEP, resume medis, billing, laporan operasi, laporan anestesi, serta hasil pemeriksaan laboratorium dan radiologi. Dalam pelaksanaannya, masih dijumpai beberapa dokumen yang belum lengkap, khususnya terkait tanda tangan atau stempel dokter dan hasil pemeriksaan penunjang. Berkas yang masih memiliki kekurangan tersebut dikembalikan kepada unit terkait untuk dilengkapi, kemudian dilakukan pemeriksaan ulang sebelum klaim diajukan kepada BPJS Kesehatan.

## SARAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan mengenai tinjauan manajemen penyebab *pending claim* BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Anna Medika Madura, maka peneliti memberikan beberapa saran sebagai berikut:

**1. Saran Teoritis**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi referensi bagi pengembangan ilmu Administrasi Kesehatan, khususnya terkait manajemen klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit. Penelitian selanjutnya diharapkan dapat mengembangkan mengenai faktor penyebab *pending claim* berdasarkan teori dengan menyesuaikan kondisi di lapanagan**,** serta melibatkan pihak BPJS Kesehatan yang berkaitan dengan proses verifikasi klaim sebagai informan triangulasi agar diperoleh perspektif yang lebih komprehensif.

**2. Saran Praktis**

a. Bagi Rumah Sakit Anna Medika Madura

Rumah sakit diharapkan dapat mempertahankan penerapan SOP proses klaim BPJS Kesehatan serta meningkatkan monitoring dan evaluasi pada setiap tahapan proses klaim, khususnya pelaksanaan verifikasi internal. Sebagai upaya mendukung proses pemeriksaan berkas, rumah sakit dapat menyediakan checklist kelengkapan dokumen klaim sebagai pelengkap Reminder Tata Kelola Pengajuan Klaim BPJS. Penggunaan checklist tersebut dapat membantu petugas melakukan pemeriksaan secara lebih terstruktur sehingga kemungkinan adanya dokumen yang belum lengkap dapat dikurangi.

Di samping itu, pemeliharaan sistem informasi dan sarana pendukung perlu dilakukan secara berkala untuk menjaga kelancaran proses klaim BPJS Kesehatan.

b. Bagi Petugas yang Terlibat dalam Proses Klaim

Ketelitian dalam proses pengisian, pemeriksaan, dan pemenuhan dokumen klaim perlu lebih diperhatikan oleh petugas rekam medis, coder, verifikator internal, maupun unit pelayanan yang terlibat. Perhatian tersebut terutama diperlukan pada kelengkapan dokumen pendukung medis

serta ketepatan dalam pengkodean diagnosis dan tindakan agar proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan dapat berjalan dengan lebih baik. Koordinasi antarunit juga perlu terus ditingkatkan agar setiap kekurangan dokumen dapat segera ditindaklanjuti sebelum berkas diajukan kepada BPJS Kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA


Agiwahyuanto, F., Anjani, S., & Juwita, A. (2021). *Tinjauan Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Kasus Gawat Darurat*. 113–125.

Ais, Putri Lutfiah Rihadatul, A. A. (2024). *Analisis Pending Claim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Rawat Jalan pada Rumah Sakit XY di Wilayah Jawa Timur*. *3*, 749–760.

Listiyawati. (2022). *Faktor Penyebab Pending Claim Ranap JKN dengan Fishbone Diagram di RSUP Dr Kariadi*. *10*(2).

Noviana, Ami, et., A. (2025). *Evaluasi Implementasi Rekam Medis Elektronik Dalam Menurunkan Klaim Pending BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Bhayangkara Balikpapan*. *11*(2).

Sander, Alex., et., A. (2022). *Tinjauan Faktor Penyebab Pengembalian Klaim BPJS Pasien Rawat Inap di RSKD Duren Sawit Jakarta Timur Tahun 2021*. *1*(4), 387–398. https://doi.org/10.54259/sehatrakyat.v1i4.1180

Triatmaja, A. B., Wijayanti, R. A., & Nuraini, N. (2022). *Tinjauan Penyebab Klaim Pending Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di RSU Haji Surabaya Ariqpurna*. *3*(2), 131–138.

NHM
Universitas Nahdlatul Muhammad