BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kesehatan memiliki peran penting dalam kehidupan setiap individu, sehingga diperlukan dukungan fasilitas yang memadai dan berkualitas. Dalam upaya meningkatkan akses layanan kesehatan, industri asuransi berperan dalam menyediakan perlindungan finansial bagi masyarakat. Asuransi kesehatan menjadi salah satu solusi untuk membantu masyarakat dalam memperoleh layanan medis yang dibutuhkan tanpa terkendala biaya yang tinggi. Oleh karena itu, penting untuk memastikan bahwa layanan asuransi kesehatan dapat berfungsi secara optimal guna mendukung kesejahteraan dan kualitas hidup masyarakat.(1)

Assurance (jaminan) mencakup kemampuan petugas, terutama petugas kesehatan, dalam pengetahuan tentang pelayanan kesehatan yang tepat dan cepat, kualitas, keramahan, sopan santun dalam pelayanan, keterampilan dalam menyampaikan informasi, serta kemampuan membangun kepercayaan pasien terhadap perusahaan atau instansi terkait, seperti puskesmas dalam memberikan pelayanan kesehatan. (2)

Secara global, banyak negara menerapkan sistem asuransi kesehatan yang bervariasi. Negara-negara dengan sistem *Universal Health Coverage (UHC),* seperti Kanada, Inggris, dan Swedia, menawarkan layanan kesehatan yang didanai oleh pajak atau kontribusi wajib dari masyarakat. Hal ini bertujuan untuk memastikan setiap warga negara memiliki akses terhadap layanan kesehatan tanpa beban biaya yang berlebihan.

Dalam sistem kesehatan modern, asuransi kesehatan berfungsi sebagai jaminan finansial yang penting bagi masyarakat dalam mengakses layanan medis. Di Indonesia, BPJS Kesehatan merupakan program yang dirancang untuk memberikan perlindungan kesehatan kepada seluruh rakyat. Namun, meskipun implementasi sistem tersebut menghadapi berbagai tantangan, salah satunya adalah masalah pending klaim.

Pending klaim merujuk pada keadaan ketika pengajuan klaim untuk biaya perawatan medis tidak segera diproses atau dibayarkan oleh BPJS Kesehatan. Tantangan utama dalam asuransi kesehatan adalah pembiayaan dan akses yang adil bagi semua masyarakat. *WHO (World Health Organization) dan OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development)* mendorong sistem kesehatan yang inklusif, tetapi hambatan seperti biaya tinggi, ketimpangan akses, dan keterbatasan pendanaan masih menjadi kendala dalam mencapai cakupan kesehatan universal. (3)

Dalam pelayanan kesehatan di Indonesia, BPJS Kesehatan berperan penting dalam memberikan akses layanan bagi masyarakat. Namun, masalah pending klaim masih menjadi tantangan. Penelitian di RSUP Persahabatan. Menurut Pranayuda (2023) mencatat dari 20.065 klaim rawat jalan, 98% layak klaim, sementara 2% tertunda. Penyebab utama meliputi ketidaklengkapan berkas, ketidakakuratan koding, kurangnya pemeriksaan penunjang, dan pemahaman rendah terhadap berita acara kesepakatan pengkodingan. Aminah (2021) juga menyoroti bahwa pending klaim sering terjadi akibat hasil pemeriksaan penunjang yang belum lengkap. (4)

UHIS (Universal Health Insurance Scheme) bertujuan untuk menyediakan cakupan asuransi kesehatan bagi seluruh populasi, termasuk kelompok yang tidak terlayani. Program ini memberikan perlindungan komprehensif terhadap biaya pengobatan, termasuk rawat inap dan obat-obatan, sehingga lebih banyak individu dapat mengakses layanan kesehatan tanpa khawatir akan biaya tinggi (5)

Pada penelitian Sri Mulya (2023) di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi, diperoleh kesimpulan bahwa dari total klaim yang pending, 46% disebabkan oleh aspek administrasi, dengan kategori terbanyak adalah ketidaksesuaian kelas perawatan (23%). Untuk aspek koding, 50% klaim pending disebabkan oleh ketidaktepatan diagnosis (92,1%). Sementara itu, 4% klaim pending terkait aspek medis, dengan kategori terbanyak karena penulisan diagnosis yang tidak sesuai indikasi medis (72%). (6)

Hasil penelitian Syaputri (2024) Beberapa faktor penyebabnya termasuk resume medis yang belum dilengkapi oleh dokter dan hasil pemeriksaan yang masih belum lengkap, sehingga mengakibatkan keterlambatan proses klaim di BPJS. Selain itu, perbedaan persepsi antara verifakator BPJS dan verifikator rumah sakit mengenai kelengkapan berkas juga turut mempengaruhi tertundanya klaim tersebut.(7)

Peraturan BPJS Nomor 7 Tahun 2018 Tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional persyaratan tersebut harus lengkap dan sesuai saat diajukan kepada verifikator BPJS. Ketidaklengkapan dan ketidaksesuaian

administrasi akan menyebabkan terjadinya pending klaim (Pemerintah RI, 2018). Pending klaim akan mempengaruhi pembiayaan pelayanan dan menghambat operasional rumah sakit atau klinik kesehatan. (8) Pending klaim BPJS Kesehatan di Klinik Utama Aisyiyah Sitti Khadijah Parepare berdampak pada finansial, pelayanan, dan kepercayaan pasien. Dari segi keuangan, keterlambatan pencairan klaim menghambat cash flow, pembayaran gaji pegawai, serta pengadaan obat dan alat kesehatan. Akibatnya, kualitas layanan menurun karena keterbatasan sumber daya, meningkatnya waktu tunggu pasien, dan beban kerja administrasi yang semakin berat.

Penyebab utama pending klaim meliputi ketidaklengkapan dokumen, seperti *SEP (Surat Eligibilitas Peserta)* yang tidak valid dan resume medis yang belum diperbarui, serta kesalahan pengkodean diagnosis yang tidak sesuai standar BPJS. Selain itu, gangguan teknis dalam sistem E-Klaim turut memperlambat proses verifikasi klaim. Masalah ini tidak hanya berdampak pada operasional klinik, tetapi juga menurunkan kepercayaan pasien terhadap layanan yang diberikan. (9)

Di Kota Parepare, Sulawesi Selatan, layanan kesehatan terus berkembang seiring dengan bertambahnya fasilitas yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Salah satunya adalah Klinik Utama Aisyiyah ‘Sitti Khadijah Parepare’ yang menyediakan layanan rawat inap untuk peserta BPJS. Namun, di balik perkembangan tersebut, klinik ini masih menghadapi kendala berupa klaim yang tertunda akibat berbagai persoalan dalam proses

administrasi.Penelitian yang dilakukan Hendra, (2021) Faktor penyebab penundaan pembayaran klaim yaitu persentase ketidaksesuaian coding 43%, berkas yang tidak lengkap sebesar 23% dan diagnosa tidak tepat sesuai kriteria sebesar 34%. (10)

Data klaim pending BPJS Kesehatan untuk rawat inap di Klinik Utama Aisyiyah Sitti Khadijah Parepare, terlihat adanya fluktuasi yang signifikan dari tahun ke tahun. Pada tahun 2022, total klaim pending rawat inap mencapai 174 klaim, sedangkan pada tahun 2023 mengalami penurunan pending klaim menjadi 144 klaim. Namun, pada tahun 2024, jumlah pending klaim rawat inap kembali meningkat menjadi 307 klaim. Perubahan ini menunjukkan adanya faktor-faktor yang mempengaruhi proses klaim, yang perlu diteliti lebih lanjut. Peningkatan pending klaim rawat inap yang tajam di tahun 2024, setelah penurunan di tahun sebelumnya, dapat mengindikasikan adanya masalah sistemik atau administratif dalam pengelolaan klaim. Oleh karena itu, penelitian ini penting untuk mengidentifikasi faktor penyebab pending klaim rawat inap, yang dapat membantu mengoptimalkan layanan kesehatan dan meningkatkan kepuasan pasien di Klinik Utama Aisyiyah Sitti Khadijah Parepare.

Sehubungan dengan latar belakang yang telah disajikan sebelumnya peneliti tertarik melakukan penelitian dengan judul Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS kesehatan Rawat Inap Di Klinik Utama Aisyiyah Sitti Khadijah Parepare.

B. Rumusan Masalah

Pending klaim BPJS kesehatan dampak signifikan terhadap oprasional klinik diantaranya, dampak finansial , kepercayaan pasien, kualitas pelayanan, dari masalah tersebut dapat dirumuskan masalah penelitian yaitu:

1. Apa penyebab ketidaklengkapan dokumen klaim BPJS Kesehatan rawat inap di Klinik Utama Aisyiyah ‘Sitti Khadijah Parepare’ ?
2. Apa penyebab kesalahan pengkodean klaim BPJS Kesehatan rawat inap di Klinik Utama Aisyiyah ‘Sitti Khadijah Parepare’ ?
3. Apa penyebab proses administratif yang kurang efektif terhadap klaim BPJS Kesehatan rawat inap di Klinik Utama Aisyiyah ‘ Sitti Khadijah Parepare’ ?
4. Apa penyebab masalah teknis klaim BPJS Kesehatan rawat inap di Klinik Utama Aisyiyah ‘ Sitii Khadijah Parepare’ ?

C. Tujuan Penelitian

1. Mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan dokumen klaim BPJS Kesehatan rawat inap tidak lengkap di Klinik Utama Aisyiyah ‘Sitti Khadijah Parepare’.
2. Mengidentifikasi penyebab terjadinya kesalahan dalam pengkodean klaim BPJS Kesehatan rawat inap di Klinik Utama Aiysyiyah ‘Sitti Khadijah Parepare’.
3. Mengidentifikasi penyebab proses administrasi klaim BPJS Kesehatan rawat inap di Klinik Utama Aisyiyah ‘Sitti Khadijah Parepare’.

4. Mengidentifikasi penyebab masalah teknis proses klaim BPJS Kesehatan rawat inap di Klinik Utama Aisyiyah ’Sitti Khadijah Parepare’.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

   Penelitian ini berkontribusi pada pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan masyarakat, khususnya mengenai pengelolaan klaim BPJS Kesehatan.

2. Manfaat Praktis

   a. Bagi Peneliti

      Penelitian ini memberikan pengalaman yang berharga bagi peneliti dalam memahami proses administrasi klaim BPJS Kesehatan khususnya rawat inap di Klinik.

   b. Bagi Tenaga Kesehatan

      Bagi tenaga kesehatan, hasil penelitian ini memberikan informasi dan rekomendasi yang dapat membantu meningkatkan proses pengajuan klaim di klinik.

   c. Bagi Klinik Utama Aisyiyah 'Sitti Khadijah Parepare'

      Penelitian ini juga memiliki manfaat bagi pemerintah, karena dapat memberikan masukan yang berharga dalam perumusan kebijakan terkait pengelolaan klaim BPJS Kesehatan.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. Tinjauan Umum Klinik

Klinik adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan atau spesialistik, diselenggarakan oleh lebih dari satu jenis tenaga kesehatan (perawat dan atau bidan) dan dipimpin oleh seorang tenaga medis (dokter, dokter spesialis, dokter gigi atau dokter gigi spesialis). Klinik merupakan salah satu tempat pengobatan yang dapat dijangkau setelah rumah sakit. Klinik harus mempunyai ruang pendaftaran atau ruang tunggu, ruang konsultasi dokter, ruang admistrasi, ruang tindakan, dan ruang farmasi. memberikan layanan yang unggul, yang sangat berkontribusi terhadap keberhasilan pelaksanaan fungsinya (11) (12)

Pada bagian apotek/instalasi farmasi merupakan bagian dari sebuah klinik yang menyediakan serta mengelola sediaan farmasi, alat kesehatan, dan bahan medis lainnya. Prosedur pengelolaannya diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 35 Tahun 2014 Tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek. Pengelolaannya meliputi perencanaan, pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pemusnahan, pengendalian, pencatatan dan pelaporan (11)

Klinik menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Pelayanan kesehatan yang bersifat promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif dilaksanakan dalam bentuk rawat jalan, rawat inap, pelayanan satu hari (one daycare) dan/atau home care (Depkes RI, 2014). Klinik menurut permenkes adalah fasilitas pelayanan kesehatan perorangan yang menyediakan pelayanan medis dasar dan/atau spesialistik, diselenggarakan oleh lebih dari satu jenis tenaga kesehatan dan dipimpin oleh seorang tenaga medis (13)

Menurut Pasal 1 ayat 1 Peraturan Menteri Kesehatan tentang Klinik, Klinik merupakan sarana pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan medis, baik pelayanan dasar maupun khusus. Pasal 14 menegaskan bahwa seluruh tenaga kesehatan yang bekerja di klinik wajib menaati etika dan standar profesi, standar operasional prosedur, standar pelayanan, serta menghormati hak pasien dan mengutamakan kepentingan dan keselamatan pasien. Pasal 1 Undang-Undang Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran menjelaskan bahwa pasien adalah setiap orang yang berkonsultasi mengenai masalah kesehatan untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan, baik secara langsung maupun tidak langsung dari dokter atau dokter gigi.

Klinik sebagai pemberi pelayanan mempunyai kewajiban untuk membantu pasien, dan setiap pelayanan disertaidengan catatan yang

selanjutnya diarsipkan agar dapat berjalan selaras dan seimbang antara hak dan kewajiban maka akan dengan mudah terbentuknya system kinerja yang efektif dan efisien (14) (15)

2. Tinjuan Umum BPJS Kesehatan

Asuransi kesehatan merupakan suatu sistem yang memberikan perlindungan finansial terhadap biaya perawatan medis akibat penyakit atau cedera. Asuransi kesehatan bertujuan untuk mengurangi risiko finansial akibat biaya kesehatan yang tinggi, yang dapat menghambat akses seseorang terhadap layanan medis yang dibutuhkan. Sistem asuransi kesehatan ini diterapkan dengan berbagai model di berbagai negara, tergantung pada kebijakan pemerintah dan kondisi ekonomi masing-masing negara. (16)

Asuransi kesehatan di Indonesia terdiri dari dua sistem utama, yaitu asuransi kesehatan publik yang diselenggarakan oleh pemerintah, dan asuransi kesehatan swasta yang ditawarkan oleh perusahaan asuransi. Sistem asuransi kesehatan publik di Indonesia terutama dikelola oleh BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan), yang dibentuk untuk memberikan akses layanan kesehatan yang adil bagi seluruh rakyat Indonesia tanpa terkendala biaya. (5)

BPJS Kesehatan merupakan badan hukum resmi yang menjamin penyelenggaraan jaminan sosial kesehatan untuk seluruh masyarakat Indonesia agar sistem jaminan sosial dapat dilaksanakan dengan baik. Penyelenggaraan jaminan kesehatan merupakan bentuk pelayanan

kesehatan yang bersifat menyeluruh sesuai dengan kebutuhan medik dan mengikuti standar pelayanan medik (17).

BPJS Kesehatan diluncurkan pada 1 Januari tahun 2014, ide pembentukan BPJS Kesehatan dimulai saat pemerintah mengeluarkan UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN).dan kemudian pada tahun 2011 pemerintah menetapkan UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) serta menunjuk PT Askes (Persero) sebagai penyelenggara program jaminan sosial di bidang kesehatan, sehingga PT Askes (Persero) pun berubah menjadi BPJS Kesehatan.Bertujuan untuk mencapai Universal Health Coverage (UHC), sehingga seluruh warga negara Indonesia, termasuk mereka yang tidak mampu, dapat memperoleh layanan medis yang diperlukan. (18)(19)(20)

Asuransi kesehatan di Indonesia terdiri dari dua sistem utama, yaitu asuransi kesehatan publik yang diselenggarakan oleh pemerintah, dan asuransi kesehatan swasta yang ditawarkan oleh perusahaan asuransi. Sistem asuransi kesehatan publik di Indonesia terutama dikelola oleh BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan), yang dibentuk untuk memberikan akses layanan kesehatan yang adil bagi seluruh rakyat Indonesia tanpa terkendala biaya (21).

Setiap orang mempunyai hak dalam memperoleh pelayanan kesehatan dan pemerintah bertanggung jawab atas ketersediaan segala bentuk upaya kesehatan yang bermutu, aman, efisien, dan terjangkau

oleh seluruh lapisan masyarakat (Pasal 19 UU No. 36 Tahun 2009). Asuransi kesehatan swasta memberikan kemudahan, ia tidak dapat diakses oleh seluruh lapisan masyarakat mengingat tingginya biaya premi yang harus dibayar. (22)(23)

Kesehatan merupakan suatu komponen utama dalam UUD Nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan yang dimana kesehatan merupakan keadan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan seseorang hidup produktif secara sosial dan ekonomi. (24).

Sejak diterapkan pada tahun 2014, jumlah kepesertaan dan jumlah fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan semakin bertambah. Data BPJS Kesehatan pada hingga akhir Desember 2021 menyebutkan terdapat 235,7 juta penduduk Indonesia sudah terdaftar sebagai peserta JKN. Bila dibandingkan dengan total penduduk Indonesia, sekitar 86% sudah terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan. Data yang sama juga menyebutkan sebanyak 23.608 fasilitas kesehatan rujukan tingkat pertama (FKRTP) dan 2810 fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (FKRTL) sudah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. FKRTL terdiri atas rumah sakit pemerintah, rumah sakit swasta dan klinik utama. Hal ini menjadi peluang bagi rumah sakit atau klinik utama.(25)

BPJS Kesehatan lebih banyak dipakai oleh masyarakat Indonesia dibandingkan dengan asuransi kesehatan swasta karena beberapa faktor

utama. Pertama, BPJS Kesehatan menawarkan biaya premi yang lebih terjangkau, bahkan bagi mereka yang berpenghasilan rendah atau tidak mampu, berkat adanya program Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang dibiayai pemerintah. Hal ini membuatnya menjadi pilihan utama bagi sebagian besar masyarakat, terutama yang membutuhkan akses kesehatan tanpa harus mengeluarkan biaya tinggi. Kedua, BPJS Kesehatan memberikan cakupan layanan yang lebih luas, mencakup layanan rawat jalan, rawat inap, obat-obatan, hingga perawatan rutin di seluruh fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS (22)

Peserta BPJS harus membayar iuran paling lambat tanggal 10 setiap bulannya. Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan akan dibayarkan iurannya oleh Pemerintah. Peserta pekerja penerima upah yang bekerja di bagian pemerintahan yang terdiri dari Pegawai Negeri Sipil, anggota TNI, Polri, pejabat negara, dan pegawai bukan PNS membayarkan upahnya sejumlah 5% dari gaji upah perbulan dengan ketentuan, yaitu 4% dibayar oleh pemberi kerja dan 1%dibayar oleh peserta (10)

BPJS Kesehatan memiliki beberapa tugas dan fungsi, di antaranya, melakukan atau menerima pendaftaran peserta, memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja, menerima bantuan iuran dari Pemerintah, mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta, mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial, membayar manfaat dan/atau membiayai

pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial, memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat. (26)

BPJS Kesehatan wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang tealah diberikan kepada peserta. BPJS Kesehatan akan melakukan persetujuan klaim dan melakukan pembayaran untuk berkas yang memang layak, namun untuk berkas yang pending harus dikembalikan ke rumah sakit untuk diperiksa kembali. Peserta jaminan kesehatan PBI ialah fakir miskin dan orang tidak mampu, dengan penetapan peserta sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan, sedangkan peserta jaminan kesehatan Non PBI adalah kriteria masyarakat khusus yang ketetapannya sesuai dengan ketentuan perundang-undangan pemerintah. (10)

3. Rawat Inap

Rawat inap merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan yang disediakan oleh rumah sakit bagi pasien yang membutuhkan perawatan medis secara intensif dalam jangka waktu minimal satu hari atau lebih. Pelayanan ini mencakup berbagai aspek, seperti observasi kondisi pasien, diagnosis penyakit, pemberian pengobatan, tindakan keperawatan, serta rehabilitasi medis. (27)

Ruang rawat inap merupakan tempat domisili klien (dan keluarga) sementara, selama menjalanai proses pemulihan kesehatan

dan guna dilakukan pemeriksaan yang menunjang penegakan diagnosa, serta pemberian tindakan dan pengobatan. (28)

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018, standar pelayanan rawat inap mencakup aspek keamanan, mutu, efektivitas, serta non-diskriminasi dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Standar ini juga mengatur mengenai tenaga medis, sarana prasarana, serta prosedur operasional untuk memastikan pasien mendapatkan pelayanan terbaik (Kemenkes RI, 2018). (29)

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2021), rawat inap bertujuan untuk memberikan penanganan medis yang lebih komprehensif dibandingkan dengan rawat jalan. Pasien yang menjalani rawat inap akan mendapatkan perawatan dari tenaga medis secara berkala, termasuk pemeriksaan fisik, pemberian obat, tindakan medis, serta terapi rehabilitasi jika diperlukan. (30)

Rawat inap dapat diklasifikasikan berdasarkan beberapa aspek, di antaranya jenis pelayanan, tingkat perawatan, dan jenis pasien. Berikut adalah beberapa pembagian utama rawat inap: (28)

a. Berdasarkan Jenis Pelayanan

1) Rawat Inap Umum

Layanan rawat inap umum adalah fasilitas yang disediakan untuk pasien yang menderita penyakit-penyakit umum dan tidak memerlukan perawatan khusus. Di rumah sakit, pasien akan mendapatkan perawatan dasar yang mencakup pemantauan

kondisi kesehatan, pemberian obat-obatan, serta dukungan dari tim medis yang berpengalaman. Layanan ini bertujuan untuk memastikan pasien mendapatkan perawatan yang optimal selama masa pemulihan mereka, dengan fokus pada kenyamanan dan keselamatan pasien.

2) Rawat Inap Khusus

Rawat inap khusus merupakan layanan yang dirancang untuk pasien dengan kondisi medis tertentu, yang memerlukan perhatian dan perawatan lebih intensif. Contoh dari layanan ini termasuk rawat inap psikiatri, di mana pasien dengan gangguan mental mendapatkan terapi dan dukungan psikologis; rawat inap penyakit menular, yang bertujuan untuk mencegah penyebaran infeksi di antara pasien lainnya; serta rawat inap rehabilitasi, di mana pasien yang mengalami cedera atau penyakit serius menerima program rehabilitasi untuk memulihkan fungsi tubuh mereka. Layanan ini dirancang untuk memenuhi kebutuhan spesifik pasien dan memberikan perawatan yang lebih terfokus serta profesional.

b. Berdasarkan Perawatannya

1) Rawat Inap Tingkat Dasar

Layanan ini diperuntukkan bagi pasien dengan kondisi kesehatan yang ringan hingga sedang. Pasien yang dirawat di sini memerlukan observasi serta perawatan medis rutin, seperti

pemantauan tanda vital dan pemberian obat. Tujuan utama dari rawat inap tingkat dasar adalah untuk memastikan pasien mendapatkan perawatan yang memadai tanpa memerlukan intervensi medis yang rumit.

2) Rawat Inap Tingkat Lanjut

Rawat inap tingkat lanjut ditujukan untuk pasien yang mengalami kondisi kesehatan lebih serius. Pasien dalam kategori ini sering kali membutuhkan peralatan medis yang lebih canggih dan pemantauan yang lebih intensif oleh tim medis. Layanan ini mencakup penanganan kondisi yang lebih kompleks, seperti penyakit kronis yang memerlukan terapi khusus dan observasi mendalam.

3) Rawat Inap Intensif

Perawatan ini diberikan kepada pasien yang berada dalam kondisi kritis dan membutuhkan pemantauan serta intervensi yang sangat ketat. Biasanya, layanan ini tersedia di unit perawatan intensif (ICU) atau unit perawatan intensif neonatal (NICU). Pasien yang dirawat di sini sering mengalami masalah serius yang mengancam jiwa, sehingga memerlukan perhatian medis 24 jam penuh dari tim yang terlatih.

c. Berdasarkan Jenis Pasien

1) Rawat Inap Pediatrik

Layanan ini khusus diperuntukkan bagi pasien anak-anak. Rawat inap pediatrik menyediakan perawatan medis yang disesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi kesehatan anak, termasuk diagnosis dan pengobatan untuk berbagai penyakit yang umum terjadi pada anak-anak. Tim medis yang terlibat biasanya memiliki spesialisasi dalam pediatri untuk memastikan perawatan yang tepat dan ramah anak.

2) Rawat Inap Geriatri

Rawat inap ini ditujukan untuk pasien lanjut usia yang sering mengalami penyakit degeneratif atau memerlukan perawatan jangka panjang. Fokus layanan ini adalah pada penanganan masalah kesehatan yang terkait dengan penuaan, termasuk manajemen penyakit kronis dan rehabilitasi. Tim medis di sini berusaha untuk meningkatkan kualitas hidup pasien lanjut usia dengan pendekatan yang holistik.

3) Rawat Inap Bedah

Layanan ini diberikan kepada pasien yang telah menjalani prosedur bedah dan memerlukan pemulihan di rumah sakit sebelum diperbolehkan pulang. Perawatan ini mencakup pemantauan pascaoperasi, pengelolaan rasa nyeri, dan pencegahan infeksi. Tim medis bertugas memastikan bahwa pasien dapat pulih dengan baik dan mendapatkan dukungan yang diperlukan selama masa pemulihan.

4) Rawat Inap Penyakit Menular

Khusus untuk pasien yang menderita penyakit infeksi, layanan ini memerlukan isolasi dan penanganan ketat untuk mencegah penyebaran penyakit. Di ruang rawat inap ini, pasien akan menerima perawatan yang sesuai dengan jenis infeksi yang diderita, serta protokol pencegahan yang ketat agar tidak menular kepada pasien lain atau staf medis. Tim medis dilatih untuk menangani kasus penyakit menular dengan efisien dan aman.

4. Klaim

Klaim merupakan permintaan peserta, ahli warisnya atau pihak lain yang terlibat perjanjian dengan perusahaan asuransi atas terjadinya kerugian sebagaimana yang telah dijanjikan . Sedangkan definisi klaim dilihat dari bidang asuransi kesehatan adalah permintaan pembayaran yang dilakukan kepada perusahaan asuransi oleh fasilitas medis, anggota, atau praktisi untuk layanan kesehatan yang diberikan kepada anggota rencana. Berdasarkan kedua pengertian tersebut maka dapat ditarik kesimpulan bahwa klaim asuransi kesehatan adalah sebuah permintaan yang dibuat oleh pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk perusahaan asuransi untuk meminta bayaran atas tindakan yang sudah dilakukan terhadap peserta asuransi mereka. (31)

Menurut Peraturan BPJS Nomor 7 tahun 2018 Klaim Manfaat Pelayanan Kesehatan Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut

Klaim adalah permintaan pembayaran biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan kepada BPJS Kesehatan.. Pending klaim adalah pengembalian tagihan akibat belum ada kata sepakat antara BPJS Kesehatan dan FKRTL tentang aturan penetapan koding maupun medis (dispute claim), namun penyelesaian dilakukan sesuai dengan ketentuan peraturanperundang – undangan(31)

Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) mengatur tentang pengajuan klaim BPJS di Indonesia. Proses pengajuan klaim BPJS kesehatan bertujuan untuk memperoleh penggantian pembiayaan dari pihak BPJS. Proses pengajuan klaim dimulai dari penerimaan berkas klaim kemudian diinputkan ke SIMRS dan dilakukan pengkoding. Data dalam SIMRS tersebut diintegrasikan ke software INA CBGs. Hasil keluaran yang dihasilkan pada proses entry klaim adalah data berupa softcopy dan hardcopy (laporan individual pasien). Hasil terebut dalam bentuk softcopy dan laporan individual pasien tersebut kemudian diserahkan kepada verifikator BPJS untuk dilakukan verifikasi. Apabila diperlukan konfirmasi lebih lanjut maka akan dikonfirmasi kepada verifikator internal rumah sakit dengan menyerahkan berita acara saat pengajuan klaim. Apabila hasil konfirmasi sesuai dan layak maka bisa dilakukan pengklaiman.(32)

Klaim BPJS merupakan pengajuan biaya perawatan pasien peserta BPJS oleh pihak rumah sakit kepada pihak BPJS Kesehatan, dilakukan secara kolektif dan ditagihkan kepada pihak BPJS Kesehatan setiap bulannya (4). Berkas Klaim merupakan salah satu komponen vital dalam pengajuan klaim kepadaa BPJS Kesehatan. Berkas klaim berasal dari dua kata yaitu berkas dan klaim yang masing-masing memiliki arti kata tersendiri. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, berkas merupakan kumpulan atau gabungan benda, bundel (surat-surat), lipatan kertas tebal persegi panjang untuk melindungi dan menyimpan surat. Serta dapat pula diartikan sebgai kumpulan data yang dapat diberi nama berbeda dan disimpan pada tempat penyimpanan sekunder dalam komputer. Sedangkan pengertian klaim menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia adalah tuntutan pengakuan atas suatu fakta bahwa seseorang berhak untuk memiliki atau mempunyai sesuatu. Sehingga berdasarkan definisi diatas, berkas klaim dapat diartikan sebagai suatu berkas atau surat permintaan pengakuan atas suatu fakta yang dibuat oleh pelayanan kesehatan atau fasilitas kesehatan tingkat lanjutan yang ditujukan untuk perusahaan asuransi atau Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. (32)

Badan Pelaksana Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan menggunakan sistem pembayaran secara prospektif. Rumah Sakit akan mengajukan klaim biaya pelayanan kesehatan kepada BPJS dengan sistem casemix

Indonesia Case Base Group (INA-CBG's). Tarif Indonesian-Case Based Groups yang selanjutnya disebut tarif INA-CBG adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur meliputi seluruh sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun nonmedis (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2023). (33)

Meningkatnya kunjungan pasien di Rumah Sakit dalam konteks sistem pembayaran prospektif memberikan dampak tersendiri pada proses pengajuan klaim, dampak dapat dilihat dari Rumah Sakit yang menyediakan jasa layanan dalam pelayanan kesehatan kepada pasien BPJS Kesehatan. (34) .Pada pelaksanaan klaim JKN proses administrasi klaim dilakukan dengan menggunakan INA-CBGs. Administrasi klaim dalam INA-CBGs adalah rangkaian proses penyiapan berkas atau dokumen pelayanan yang diajukan dengan pengajuan klaim oleh rumah sakit dan penilaian kelayakan atas klaim yang diajukan melalui proses verifikasi klaim sampai pembayaran klaim.Administrasi klaim merupakan suatu kesatuan dimulai dari proses di rumah sakit mengajukan klaim sampai di BPJS kesehatan dalam melakukan verifikasi klaim dan pembayaran klaim. Rumah sakit akan mengajukan klaim dalam bentuk hardcopy untuk rekapitulasi dan softcopy untuk data individu klaim. Sedangkan verifikasi dilakukan

dengan menggunakan aplikasi verifikasi klaim. Apabila sudah ada kesepakatan terkait pengajuan klaim maka akan dibuatkan berita acara sehingga layak untuk pembayaran klaim oleh BPJS kesehatan sesuai dengan ketentuan (32).

Dalam Peraturan menteri kesehatan No. 69 tahun 2013 Tentang tarif pelayanan kesehatan program JKN tarif Indonesian case based grups yang selanjutnya disebutkan tarif INA CBG's adalah pembayaran menggunakan INA CBG's baik rumah sakit maupun pihak pembayar tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan yang diberikan, melainkan hanya dengan menyampaikan diagnosis dan tindakan pasien dari kode INA CBG's Pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan harus menggunakan resume medis dengan diagnose merujuk pada ICD-10 atau ICD-9-CM. Dikarenakan Proses Pengajuan pada pelaksanaan klaim BPJS Kesehatan merupakan suatu proses administrasi klaim yang dilakukan dengan menggunakan INA-CBG's, dimana dilakukan pembayaran klaim berdasarkan kelompok penyakit yang diderita. INA CBG's bisa dilakukan apabila telah melakukan pengodean. Menurut Permenkes Nomor 27 tahun 2014, coding INA CBG's adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan ICD-10 serta memberikan kode prosedur sesuai dengan ICD-9-CM. Pemberian coding sangat menentukan besarnya biaya yang dibayarkan kerumah sakit. Setelah melakukan pengodean menggunakan coding INA CBG's kemudian

melakukan proses klaim BPJS. Prosesi klaim dilakukan untuk memastikan bahwa biaya program Jaminan Kesehatan dimanfaatkan secara tepat maka perlu melakukan verifikasi klaim. (35)

Beberapa penelitian yang sudah pernah dilakukan oleh peneliti sebelumnya yang berhubungan dengan pending klaim berkas BPJS yaitu penelitian yang dilakukan oleh (Ariqpurna Bayu Triatmaja) dengan judul Tinjauan Penyebab Klaim Pending Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Di RSU Haji Surabaya. Pada penelitian tersebut ditemukan permasalahan bahwa berkas klaim mengalami pending klaim. Hal ini dikarenakan tidak lengkapnya berkas klaim, ketidaktepatan kode diagnosa karena adanya perbedaan persepsi antara koder dengan verifikator (33)

Secara umum dalam pelaksanaan pengajuan klaim Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program JKN. terdapat tiga prinsip yang harus diperhatikan oleh petugas klaim sejak berkas klaim diterima sampai klaim dibayarkan kepada peserta, yaitu :

a. Tepat waktu, klaim harus dibayar sesuai dengan waktu yang dijanjikan.Berdasarkan Permenkes No 28 tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan program JKN disebukan bahwa klaim yang diajukan ke BPJS kesehatan akan dibayarkan paling lambat 15 hari setelah pengajuan klaim tersebut.

b. Tepat jumlah, klaim harus dibayarkan kepada peserta sesuai dengan santunan yang menjadi hak peserta atau ahli warisnya atau sesuai nilai kerugian.

c. Tepat orang, klaim dibayarkan harus benar-benar kepada orang yang berhak. (36)

5. Proses Pengajuan Klaim rawat inap

a. Persiapan Dokumen

Sebelum mengajukan klaim, pihak klinik harus menyiapkan berbagai dokumen yang diperlukan, antara lain:

1) Surat Eligibilitas Peserta (SEP**)**: Dokumen ini diperlukan untuk membuktikan bahwa pasien terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan dan berhak atas layanan yang diberikan.

2) Bukti Pelayanan: Dokumen yang mencantumkan diagnosa dan prosedur yang dilakukan, serta ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP).

3) Berkas Pendukung: Ini termasuk resep obat, hasil pemeriksaan, dan dokumen lain yang relevan.

4) Nota atau Kwitansi Pembayaran: Bukti pembayaran yang menunjukkan biaya pelayanan kesehatan yang telah dibayar oleh pasien.

b. Pengisian Formulir Klaim

Setelah semua dokumen disiapkan, langkah selanjutnya adalah mengisi formulir klaim. Formulir ini biasanya mencakup informasi

mengenai pasien, jenis layanan yang diterima, serta rincian biaya. Pastikan semua informasi diisi dengan akurat untuk menghindari kesalahan yang dapat menyebabkan pending klaim.

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam verifikasi berkas klain yaitu:

1) Pastikan kode INA CBGs yang digunakan sudah disahkan oleh komite medik
2) Spesialisasi dari Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) sesuai dengan diagnosa yang diterima.
3) Tindakan operasi dengan spesialisasi operator harus sesuai dengan kewenangan medis.
4) Apabila terjadi ketidaksesuaian antara kelengkapan dan validasi berkas maka berkas akan dikembalikan ke Klinik untuk dilengkapi

c. Verifikasi internal

Sebelum mengajukan klaim ke BPJS Kesehatan, berkas klaim harus melalui proses verifikasi internal di klinik. Ini melibatkan pemeriksaan kelengkapan dan keakuratan dokumen oleh petugas administrasi atau tim klaim. Jika terdapat kekurangan atau kesalahan, perbaikan harus dilakukan sebelum pengajuan.

d. Pengajuan Klaim

PJS Kesehatan. Ada beberapa cara untuk mengajukan klaim:

1) Secara Manual: Mengunjungi kantor BPJS Kesehatan terdekat dengan membawa semua dokumen.
2) Melalui Aplikasi E-Klaim: Jika klinik terintegrasi dengan sistem E-Klaim, pengajuan dapat dilakukan secara online dengan mengunggah data dan dokumen melalui aplikasi tersebut

e. Proses Verifikasi oleh BPJS

Setelah pengajuan diajukan, BPJS Kesehatan akan melakukan verifikasi terhadap dokumen yang diterima. Tahap verifikasi administrasi klaim yang dilakukan oleh verifikator BPJS yaitu:

1) Verifikasi Administrasi Kepesertaan

Adalah memeriksa kesamaan isi dari berkas klaim yaitu antara Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dengan informasi kepesertaan yang dimasukkan dalam aplikasi INA-CBGs. Berkas SEP digunakan sebagai bukti kepesertaan yang akan menjadi syarat penting dalam proses pengajuan berkas klaim sebelum diajukan ke BPJS Kesehatan.

2) Verifikasi Administrasi Pelayanan

Verifikasi administrasi pelayanan adalah proses memeriksa kesesuaian dokumen yang diajukan dengan layanan yang diberikan kepada peserta, yang meliputi pemeriksaan bukti pelayanan seperti laporan medis dan prosedur yang harus ditandatangani oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), memastikan layanan sesuai dengan protokol dan ketentuan BPJS,

memeriksa kelengkapan berkas pendukung seperti resep obat dan hasil pemeriksaan laboratorium, serta memastikan nota atau kwitansi pembayaran menunjukkan biaya yang dibayar oleh pasien tidak melebihi batasan yang ditetapkan. Selain itu, verifikasi juga mencakup pemeriksaan kesesuaian kode diagnosa dan prosedur yang tercantum dalam klaim dengan kode dalam aplikasi INA-CBGs untuk menentukan kelayakan klaim dan jumlah pembayaran yang akan diterima. (10)

f. Pemberitahuan Hasil Klaim

Setelah proses verifikasi selesai, BPJS Kesehatan akan memberikan pemberitahuan mengenai hasil klaim. Jika klaim disetujui, pembayaran akan dilakukan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Namun, jika klaim ditolak, klinik akan menerima alasan pending sehingga dapat dilakukan perbaikan untuk pengajuan berikutnya.

g. Tindak Lanjut

Jika terjadi pending, pihak klinik perlu melakukan tindak lanjut dengan memperbaiki dokumen atau memenuhi persyaratan yang kurang agar dapat mengajukan kembali klaim tersebut dalam waktu yang ditentukan.

6. Faktor penyebab pending klaim

a. Ketidaklengkapan Dokumen

Salah satu penyebab utama pending klaim adalah ketidaklengkapan dokumen yang diperlukan untuk pengajuan klaim. Beberapa dokumen penting yang sering kali tidak lengkap meliputi:

1) Surat Eligibilitas Peserta (SEP)

Surat Eligibilitas Peserta (SEP) merupakan dokumen yang menunjukkan bahwa pasien terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan dan berhak atas layanan medis yang diberikan. Tanpa SEP yang valid, klaim tidak dapat diproses, karena BPJS Kesehatan memerlukan bukti bahwa pasien adalah peserta yang sah. Ketidaklengkapan atau ketidakvalidan SEP dapat menimbulkan hambatan dalam proses klaim, yang akhirnya dapat berujung pada pending. Tanpa SEP yang valid, klaim tidak dapat diproses.

2) Resume Medis

Resume medis adalah ringkasan dari kondisi kesehatan pasien yang mencakup diagnosis dan perawatan yang telah dilakukan. Resume yang tidak lengkap atau tidak sesuai dengan diagnosis dapat menyebabkan pending klaim. Hal ini karena resume medis berfungsi sebagai bukti bahwa layanan yang diberikan sesuai dengan keperluan medis pasien. Jika informasi dalam resume tidak akurat atau tidak mencakup detail penting, BPJS Kesehatan

berhak menolak klaim tersebut. Resume yang tidak lengkap atau tidak sesuai dengan diagnosis dapat menyebabkan pending.

3) Berkas Pendukung:

Dokumen seperti laporan pemeriksaan penunjang, resep dokter, dan laporan operasi sering kali kurang lengkap, sehingga mengakibatkan klaim ditolak. Berkas pendukung ini sangat penting dalam memberikan konteks dan justifikasi untuk klaim yang diajukan. Ketidaklengkapan dokumen pendukung dapat menimbulkan keraguan dalam proses verifikasi klaim dan mengakibatkan hasil pending, yang pada gilirannya berdampak negatif pada keuangan fasilitas kesehatan yang bersangkutan. Dokumen seperti laporan pemeriksaan penunjang, resep dokter, dan laporan operasi sering kali kurang lengkap, sehingga mengakibatkan klaim ditolak

b. Kesalahan Pengkodean

Kesalahan dalam pengkodean diagnosis dan prosedur medis merupakan faktor signifikan lainnya yang dapat menyebabkan pending klaim BPJS Kesehatan. Ketidakakuratan dalam pengkodean dapat memengaruhi proses verifikasi klaim dan berpotensi merugikan fasilitas kesehatan. Beberapa aspek penting dari kesalahan pengkodean meliputi:

1) Ketidaktepatan Diagnosis Utama

Diagnosis utama yang tidak sesuai dengan kondisi pasien atau tidak tepat dapat menyebabkan klaim ditolak. Diagnosis utama adalah informasi krusial yang menggambarkan alasan utama untuk memberikan perawatan medis. Jika diagnosis yang diajukan tidak sesuai dengan kondisi medis yang sebenarnya, verifikator BPJS Kesehatan mungkin menilai bahwa layanan yang diberikan tidak diperlukan, sehingga berhak untuk menolak klaim tersebut. Ketidaktepatan ini sering kali disebabkan oleh kurangnya komunikasi antara tenaga medis dan petugas administrasi, atau pemahaman yang tidak memadai mengenai kriteria diagnosis yang berlaku.

2) Penulisan Kode yang Tidak Lengkap

Penulisan kode ICD (International Classification of Diseases) yang tidak lengkap atau salah juga dapat mengakibatkan verifikator BPJS menolak klaim. Kode ICD digunakan untuk mengklasifikasikan diagnosis dan prosedur medis secara standar. Kesalahan dalam penulisan kode—seperti penggunaan kode yang salah, tidak mencakup semua aspek dari diagnosis, atau kekurangan detail—dapat menimbulkan kebingungan dalam proses verifikasi. Hal ini mengakibatkan klaim tidak dapat diterima, yang berujung pada kerugian finansial bagi fasilitas kesehatan. Oleh karena itu, penting bagi tenaga medis

dan administrasi untuk memastikan bahwa semua kode yang digunakan akurat dan sesuai.

c. **Proses Administratif**

Proses administrasi yang kurang efisien di klinik juga berkontribusi terhadap pending klaim:

1) Kurangnya Pelatihan untuk Staf

Petugas administrasi yang tidak terlatih dalam pengajuan klaim BPJS dapat melakukan kesalahan dalam pengisian dokumen. Pelatihan yang memadai sangat penting untuk memastikan bahwa staf memahami prosedur dan persyaratan yang diperlukan untuk pengajuan klaim. Tanpa pelatihan yang tepat, petugas mungkin tidak tahu cara mengisi formulir dengan benar, mengumpulkan dokumen yang diperlukan, atau memahami kode yang harus digunakan. Kesalahan ini dapat menyebabkan klaim ditolak, yang pada gilirannya berdampak negatif pada arus kas klinik dan kualitas layanan yang diberikan kepada pasien.

2) Prosedur Operasional Standar (SPO) yang Tidak Jelas

Jika klinik tidak memiliki SPO yang jelas untuk pengajuan klaim, hal ini dapat menyebabkan kebingungan dan kesalahan dalam proses. Prosedur Operasional Standar berfungsi sebagai pedoman untuk memastikan bahwa setiap langkah dalam proses pengajuan klaim dilakukan dengan konsisten dan sesuai

dengan ketentuan yang berlaku. Tanpa adanya SPO yang terdefinisi dengan baik, setiap petugas mungkin memiliki cara berbeda dalam mengelola pengajuan klaim, yang dapat menyebabkan inkonsistensi dan kesalahan. Hal ini dapat mengakibatkan dokumen yang tidak lengkap atau tidak akurat, yang berpotensi menambah jumlah klaim yang ditolak.

d. Masalah Teknis

Masalah teknis dalam sistem informasi juga dapat berkontribusi terhadap pending klaim:

1) Gangguan Sistem E-Klaim

Jika sistem E-Klaim mengalami gangguan atau kesalahan teknis, hal ini dapat menyebabkan keterlambatan dalam pengajuan atau pemrosesan klaim. Sistem E-Klaim merupakan platform elektronik yang digunakan untuk mengajukan klaim secara online, dan jika sistem ini tidak berfungsi dengan baik—misalnya, karena pemeliharaan, kesalahan perangkat lunak, atau serangan siber klaim tidak dapat diproses sesuai waktu yang diharapkan. Keterlambatan ini dapat mengakibatkan pending klaim karena batas waktu pengajuan yang tidak terpenuhi, serta dapat mempengaruhi arus kas klinik.

2) Kesalahan Input Data

Kesalahan saat memasukkan data ke dalam sistem elektronik juga dapat menyebabkan pending klaim. Proses input data yang

tidak akurat, baik disebabkan oleh human error maupun kesalahan sistem, dapat mengakibatkan informasi yang salah tercatat dalam klaim. Misalnya, jika data pasien, diagnosis, atau prosedur medis tidak dimasukkan dengan benar, hal ini dapat menyebabkan verifikator BPJS Kesehatan menolak klaim tersebut. Oleh karena itu, penting bagi tenaga medis dan administrasi untuk memastikan keakuratan data sebelum pengajuan dilakukan.

7. Dampak pending klaim

Pending klaim memiliki dampak signifikan terhadap operasional Klinik

a. Dampak Finansial

Pending klaim dapat mengurangi pendapatan klinik, yang berdampak pada cash flow dan kemampuan klinik untuk membiayai operasional sehari-hari. Ketika klaim ditolak, klinik tidak menerima pembayaran untuk layanan yang telah diberikan, yang dapat menyebabkan kesulitan dalam memenuhi kewajiban finansial, seperti gaji karyawan, pembelian obat, dan pemeliharaan fasilitas. Hal ini dapat mengakibatkan penundaan dalam pengembangan layanan atau investasi dalam peralatan medis baru, yang pada akhirnya dapat mempengaruhi keberlanjutan klinik

b. Kepercayaan Pasien

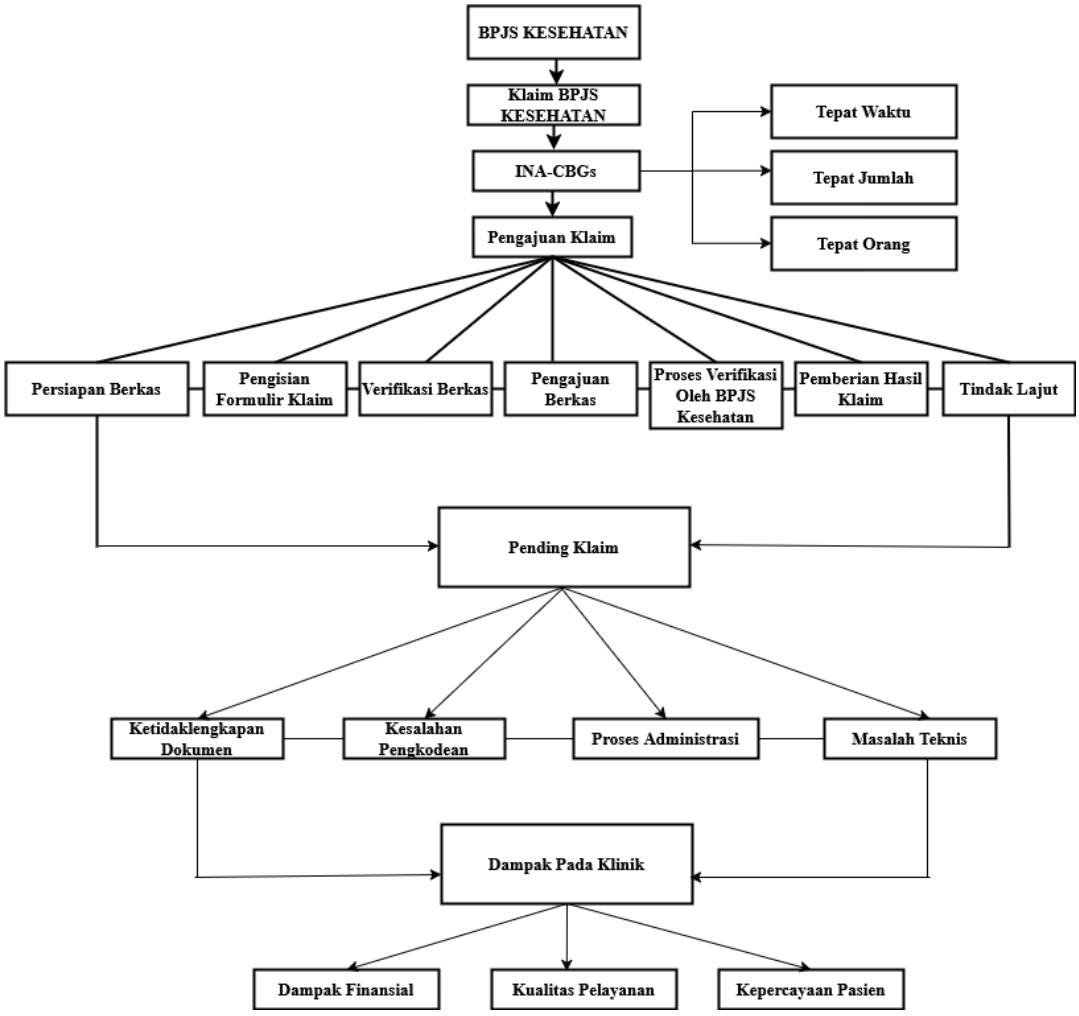
Pending klaim dapat mempengaruhi kepercayaan pasien terhadap layanan kesehatan yang diberikan. Pasien mungkin merasa dirugikan jika biaya pelayanan tidak terbayar oleh BPJS Kesehatan, yang dapat menyebabkan ketidakpuasan dan mengurangi loyalitas pasien terhadap klinik. Ketika pasien merasa bahwa mereka harus menanggung biaya yang seharusnya ditanggung oleh asuransi, hal ini dapat menurunkan persepsi mereka terhadap kualitas layanan yang diberikan oleh klinik

c. Kualitas Pelayanan

Ketidakpastian finansial akibat pending klaim bisa mempengaruhi kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien. Klinik yang mengalami kesulitan finansial mungkin terpaksa mengurangi jumlah staf, mengurangi jam operasional, atau bahkan mengurangi ketersediaan obat dan perawatan medis yang diperlukan. Hal ini dapat berdampak langsung pada pengalaman pasien dan hasil kesehatan mereka, serta menciptakan siklus negatif di mana penurunan kualitas pelayanan lebih lanjut dapat menyebabkan pending klaim yang lebih tinggi di masa depan

B. Kerangka Teori

Berdasarkan tinjauan teori diatas maka disusunlah kerangka teori sebagai berikut :

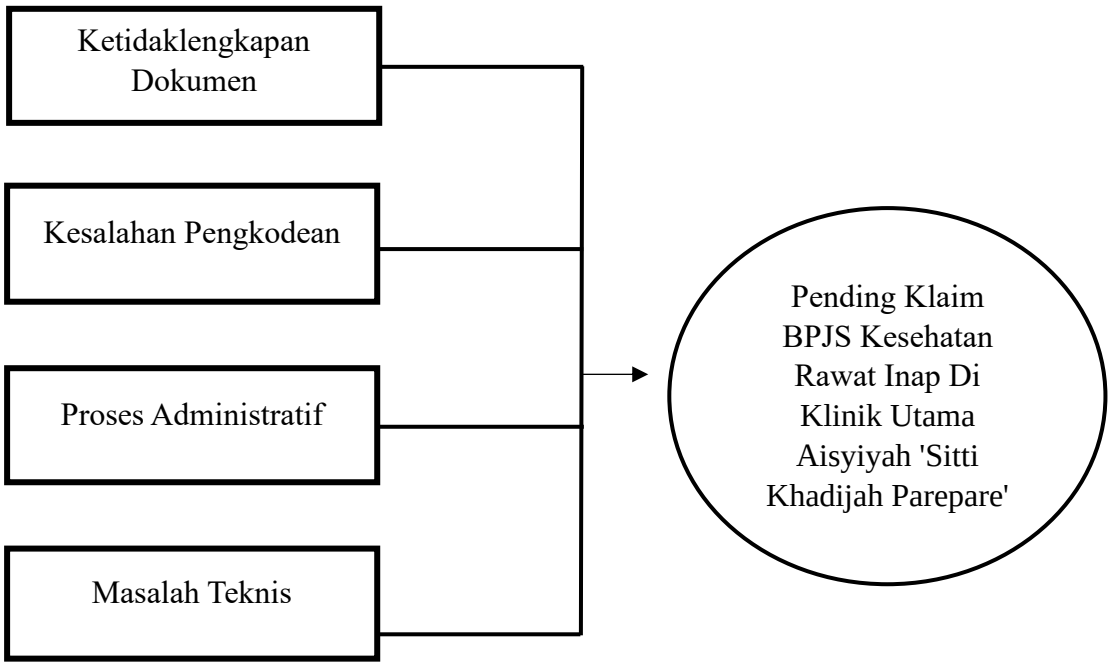


Gambar 1. Kerangka Teori

Diolah dari berbagai sumber ; 2011; UU BPJS, 2018; Perpes Jaminan Kesehatan;2014 Permenkes; 2021; Hendra, 2021; Santiasih, 2021; Aminah, 2023; Pranayuda, 2024; Syaputri, 2024; Sri Mulya

C. Kerangka Pikir

Berdasarkan kerangka teori tersebut di atas maka dapat disusun kerangka pemikiran sebagai berikut :



Gambar 2. Kerangka Pikir

Keterangan :

: Variabel Terikat (Dependen)

: Variabel Bebas (Independen)

BAB III METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian yang menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif. Penelitian yang secara khusus berfungsi untuk menggali dan memahami makna yang berasal dari individu dan kelompok terkait masalah sosial ataupun individu. Strategi yang digunakan pada penelitian kualitatif ini adalah studi kasus yang merupakan strategi yang digunakan oleh peneliti dalam mengembangkan analisis mendalam atas suatu kasus seperti program, peristiwa, aktivitas, proses ataupun individu. Studi kasus dilakukan terhadap berkas klaim JKN rawat inap yang dipending di Klinik Utama Aisyiyah 'Sitti Khadijah Parepare'.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Lokasi Penelitian

   Penelitian ini dilakukan di Klinik Utama Aisyiyah ‘Sitti Khadijah Parepare’ yang beralamat di Jl.Pettanarajeng No. 5, Soreang, Ujung Sabbang, Kota Parepare, Sulawesi Selatan

2. Waktu Penelitian

   Penelitian ini dilakukan pada Februari – Mei 2025.

C. Informan Penelitian

Informan dalam penelitian ini ditentukan secara purposive sampling, yaitu peneliti memilih informan yang dianggap memiliki pengetahuan, pengalaman, dan keterlibatan langsung dalam proses pengajuan dan pengelolaan klaim BPJS Kesehatan rawat inap di Klinik Utama Aisyiyah Sitti Khadijah Parepare. Pemilihan informan dilakukan untuk memperoleh informasi yang relevan dan mendalam mengenai berbagai aspek yang berkontribusi terhadap terjadinya pending klaim.

Tabel 1. Informan Penelitian

No	Informan	Jumlah
1.	Staf IT	2 orang
2.	Koordinator Rekam Medik	1 orang
3.	Dokter	1 orang
4.	Kepala Klinik	1 orang
5	Petugas administratif	1 orang
5.	Petugas case mix	1 orang
	Total	7 orang

D. Definisi Oprasional Variabel

1. Ketidaklengkapan Dokumen

   Ketidaklengkapan dokumen merupakan kondisi dimana dokumen yang dibutuhkan untuk pengajuan klaim BPJS tidak tersedia secara lengkap atau tidak sesuai dengan ketentuan yang berlaku, seperti Surat Eligibilitas Peserta (SEP) tidak valid, resume medis tidak lengkap atau sesuai dengan diagnosis, dokumen pendukung(hasil pemeriksaaan, resep obat , laporan tindakan medis)kurang atau tidak dilampirkan

2. Kesalahan Pengkodean

   Kesalahan pengkodean merupakan kesalahan dalam pencatatatn kode diagnosis atau tindakan medis dalam klaim BPJS yang mengakibatkan klaim di tolak, seperti kode diagnosis utama tidak sesuai dengan kondisi pasien, kesalahan dalam pengisian kode *ICD (Internasional Classification of Diseases)*, pengkodean prosedur medis tidak lengkap atau salah.

3. Proses Administratif yang kurang efektif

   Proses administrasi yang kurang efektif merupakan ketidakefesienan dalam proses administrasi klaim BPJS di klinik yang berkonstribusi terhadap pending klaim, seperti kurangnya pelatihan petugas administrasi dalam pengajuan klaim BPJS, tidak adanya Standar Operasional Prosedur (SOP) yang jelas dalam pengelolaan klaim, kesalahan pengisian formulir klaim akibat prosedur yang tidak terorganisir dengan baik.

4. Masalah Teknik dalam klaim BPJS rawat inap

   Teknik dalam klaim BPJS merupakan kendala teknis dalam sistem pengajuan klaim BPJS yang menyebabkan klaim tertunda atau di tolak , gangguan atau error dalam sistem e-Klaim, kesalahan input data oleh petugas administrasi , keterlambatan dalam pengajuan klaim akibat kendala teknis.

E. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian yang digunakan pada penelitian ini yaitu pedoman wawancara sebagai acuan dalam melakukan wawancara mendalam terkait input dan proses pengajuan klaim JKN pada pasien .Instrumen penelitian lainnya yang juga digunakan dalam pengumpulan data yaitu pedoman observasi berkas klaim yang disertai dengan telaah dokumen.

1. Pedoman wawancara

   Pedoman wawancara adalah daftar pertanyaan atau panduan yang digunakan oleh peneliti dalam melakukan wawancara dengan responden. Pedoman ini bertujuan untuk menjaga wawancara tetap terarah, sistematis, dan sesuai dengan tujuan penelitian.

2. Alat tulis

   Alat tulis adalah perlengkapan yang digunakan untuk mencatat informasi atau data selama proses penelitian, seperti wawancara dan observasi. Contohnya adalah pulpen, pensil, buku catatan, dan kertas.

3. Alat rekam

   Alat rekam adalah perangkat yang digunakan untuk merekam suara atau video dalam proses pengumpulan data, seperti wawancara atau diskusi kelompok. Contohnya adalah perekam suara, smartphone, atau kamera.

F. Cara Pengumpulan Data

Data dikumpulkan melalui beberapa teknik sebagai berikut:

1. Wawancara Mendalam

   Wawancara dilakukan dengan petugas administrasi klinik dan dokter yang terlibat dalam proses pengajuan klaim untuk mendapatkan informasi mengenai kendala yang dihadapi dalam pengajuan klaim.

2. Observasi

   Peneliti melakukan observasi langsung terhadap proses pengajuan klaim di klinik, termasuk bagaimana dokumen-dokumen disiapkan dan diajukan ke BPJS Kesehatan.

3. Dokumentasi

   Dokumentasi merupakan metode pengumpulan data langsung di lokasi penelitian dengan menelusuri sumber-sumber seperti buku, peraturan, laporan kegiatan, dokumentasi foto dan video, serta data terkait lainnya. Metode ini digunakan untuk melengkapi data yang belum diperoleh melalui observasi.

G. Teknik analisis

Analisis data dalam penelitian ini mengikuti model analisis yang dikembangkan oleh Miles dan Huberman (1992), yang terdiri dari tiga alur kegiatan yang saling berkaitan, yaitu: (37)

1. **Reduksi Data**

   Reduksi data adalah proses pemilihan, pemfokusan, penyederhanaan, dan pengorganisasian data yang diperoleh dari wawancara, observasi, dan telaah dokumen. Dalam penelitian ini, data yang tidak relevan atau berulang akan dihilangkan, dan hanya data yang mendukung analisis faktor penyebab pending klaim BPJS Kesehatan yang akan dipertahankan. Hal ini bertujuan untuk memudahkan peneliti dalam mengidentifikasi tema-tema utama yang muncul dari data yang dikumpulkan.

2. **Penyajian Data**

   Reduksi Data adalah Penyajian data dilakukan dengan cara menyusun data yang telah direduksi dalam bentuk yang mudah dipahami dan dianalisis. Dalam penelitian ini, data disajikan dalam bentuk tabel, grafik, dan narasi yang menggambarkan hasil wawancara dan observasi. Penyajian data ini memungkinkan peneliti untuk melihat pola-pola yang muncul dan membuat perbandingan antara berbagai faktor yang mempengaruhi pending klaim.

3. **Penarikan Kesimpulan**

   Penarikan Kesimpulan adalah menarik kesimpulan dari analisis yang telah dilakukan. Peneliti akan merumuskan kesimpulan berdasarkan temuan-temuan yang diperoleh dari data yang telah dianalisis. Kesimpulan ini akan menjawab rumusan masalah penelitian

dan memberikan rekomendasi untuk perbaikan proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Klinik Utama Aisyiyah Sitti Khadijah.

a. Triangulasi Sumber

Triangulasi sumber dilakukan dengan mengumpulkan data dari berbagai informan yang memiliki latar belakang dan peran berbeda di Klinik Utama Aisyiyah Sitti Khadijah. Informan yang dilibatkan meliputi koordinator pendaftaran, petugas administrasi, dokter, dan verifikator klaim. Dengan memanfaatkan berbagai perspektif ini, peneliti dapat memperoleh gambaran yang lebih komprehensif mengenai faktor-faktor penyebab pending klaim BPJS Kesehatan. Hasil wawancara dan observasi dari berbagai sumber menunjukkan adanya kesamaan dan perbedaan dalam pandangan terkait masalah yang dihadapi, yang memperkuat analisis.

b. Triangulasi Teknik

Triangulasi teknik dilakukan dengan menggunakan berbagai metode pengumpulan data, seperti wawancara mendalam, observasi langsung, dan telaah dokumen klaim. Penggunaan metode yang beragam ini memungkinkan peneliti untuk mengcross-check informasi yang diperoleh. Misalnya, data dari wawancara dengan petugas administrasi dapat dibandingkan dengan hasil observasi terhadap proses pengajuan klaim dan analisis dokumen klaim yang ditolak. Hasil triangulasi teknik menunjukkan adanya konsistensi

dalam faktor-faktor yang menyebabkan pending, seperti ketidaklengkapan dokumen dan kesalahan pengkodean.

c. Triangulasi Waktu

Triangulasi waktu dilakukan dengan mengumpulkan data dari berbagai periode waktu, mencakup klaim yang ditolak dalam rentang waktu tertentu dan kondisi operasional klinik selama periode tersebut. Dengan membandingkan data dari waktu yang berbeda, peneliti dapat mengidentifikasi pola dan tren yang mungkin mempengaruhi pending klaim. Hasil analisis menunjukkan bahwa faktor-faktor penyebab pending klaim tidak hanya bersifat situasional tetapi juga terkait dengan perubahan kebijakan dan prosedur yang terjadi selama waktu penelitian

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

1. Profil Klinik Utama ’Aisyiyah Sitti Khadijah di Kota Parepare

Klinik Utama ’Aisyiyah Sitti Khadijah di Kota Parepare memiliki sejarah panjang dalam pelayanan kesehatan masyarakat. Awalnya didirikan sebagai Rumah Bersalin (RB) Halimatussaddia pada tahun 1963 dengan izin operasional dari Wali Kota Parepare saat itu. Pada 11 Maret 1973, nama RB Halimatussaddia diubah menjadi Rumah Bersalin/ BKIA Sitti Khadijah, yang kemudian resmi terdaftar melalui Akta Notaris Nomor 10 tanggal 7 Agustus 1984 oleh Notaris Abu Yusuf, SH.

Sejak 1 April 1987, pengelolaan rumah bersalin ini diserahkan dari Pimpinan Daerah Muhammadiyah kepada Pimpinan Daerah ’Aisyiyah Parepare, menjadikannya bagian dari amal usaha ’Aisyiyah di bidang kesehatan. Pada tahun 2002, fasilitas ini dilengkapi dengan kamar operasi untuk persalinan caesar. Kemudian, pada 10 Januari 2003, statusnya ditingkatkan menjadi Rumah Sakit Bersalin (RSB) dengan izin resmi dari Dinas Kesehatan Kota Parepare. Namun, karena keterbatasan sumber daya manusia dan sarana prasarana, operasional RSB dihentikan pada tahun 2016 untuk dilakukan pembenahan.

Setelah melalui proses revitalisasi, pada tahun 2019, fasilitas ini kembali beroperasi dengan status baru sebagai Klinik Utama ’Aisyiyah Sitti Khadijah. Klinik ini berkomitmen untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, profesional, dan berlandaskan nilai-nilai Islam,

dengan motto “Ikhlas Dalam Melayani”. Klinik Utama ’Aisyiyah Sitti Khadijah merupakan bagian dari kontribusi ’Aisyiyah dalam bidang sosial dan keagamaan di Kota Parepare, bersama dengan pendirian panti asuhan, gedung serbaguna, dan wisma thayyibah.

2. Moto, Visi, dan Misi

   a. Moto

      Ikhlas Dalam Melayani

   b. Visi

      “ Mewujudkan Klinik Utama ’Aisyiyah Sitti Khadijah di Kota Parepare Menjadi Sarana Pelayanan Kesehatan Yang Bermutu, Profesional Dan Islami “

   c. Misi

      1. Memberikan Pelayanan Kesehatan Secara Cepat, Tepat Dan Sesuai Standar
      2. Memberikan Pelayanan Kesehatan Secara Profesional Dan Sesuai Nilai-nilai Islam
      3. Memberikan Pelayanan Kesehatan Dengan Mengedepankan Perilaku Akhlakul Karimah

3. Jenis Pelayanan

   a. Poliklinik Umum
   b. Rawat Inap
   c. Rawat Jalan
   d. UGD

e. Poliklinik Penyakit Dalam

f. Poliklinik Anak

g. Poliklinik *Obsgyn*

h. Poliklinik THT

i. Poliklinik Gigi

2. Karakteristik Informan

Informan dalam penelitian ini ditentukan melalui teknik purposive sampling, yaitu dengan memilih individu yang dianggap relevan dan memiliki pemahaman mendalam mengenai proses klaim BPJS Kesehatan rawat inap di Klinik Utama Aisyiyah 'Sitti Khadijah' Kota Parepare. Enam orang informan yang terlibat berasal dari berbagai posisi strategis di klinik, seperti , staf IT, koordinator rekam medis, kepala bagian pelayanan, kepala klinik, serta petugas klaim. Pemilihan ini dilakukan untuk memastikan bahwa informasi yang diperoleh mencerminkan realitas di lapangan dan mampu memberikan gambaran menyeluruh tentang faktor-faktor yang memengaruhi terjadinya pending klaim BPJS, sehingga hasil penelitian menjadi lebih akurat dan mendalam.

***Tabel 2*. Karakteristik Informan Berdasarkan Inisial, Jenis Kelamin, Pendidikan Terakhir, dan Pekerjaan Informan di Klinik Utama Aisyiyah 'Sitti Khadijah Parepare'**

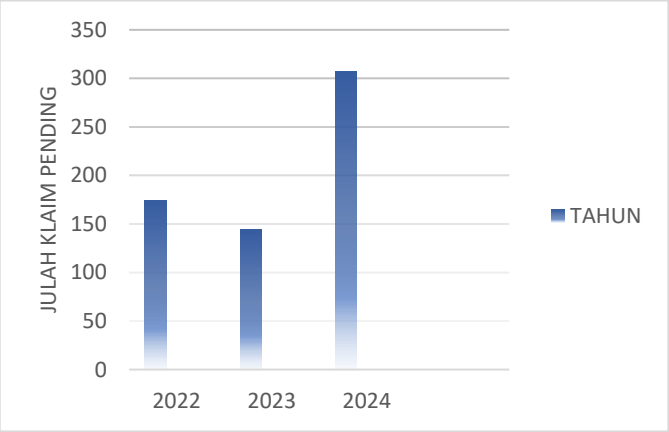
Inisial	Jenis Kelamin	Umur (Tahun)	Pendidikan Terakhir	Pekerjaan
HK	P	29	S1	Dokter
AR	L	25	S1	Staf IT
RD	L	24	S1	Staf IT
BA	P	35	S1	Koordinasi rekam medik
BD	L	45	S2	Kepala Klinik
AK	L	30	S1	Petugas administratif
AY	P	40	S1	Case mix
Total				**7 orang**

3. Hasil Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini, peneliti mengumpulkan data-data berupa data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam dengan beberapa informan yang terdiri dari dokter, staf IT, koordinator rekam medis, dan petugas case mix . Penyajian data dalam penelitian ini dibagi berdasarkan empat faktor utama yang menjadi penyebab pending klaim BPJS Kesehatan, yaitu: (1) Ketidaklengkapan Dokumen, (2) Kesalahan Pengkodean, (3) Proses Administratif yang Kurang Efektif, dan (4) Masalah Teknis.

Sedangkan data sekunder diperoleh dari dokumentasi internal klinik, diperoleh dari berbagai sumber dokumentasi dan literatur yang relevan. Sumber data sekunder meliputi peraturan dan kebijakan resmi seperti Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS, Permenkes Nomor 27 Tahun 2014 tentang

pengkodean INA-CBGs, dan Permenkes Nomor 28 Tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan Program JKN. Selain itu, data sekunder juga diperoleh dari jurnal-jurnal ilmiah dan hasil penelitian sebelumnya yang membahas tentang pending klaim BPJS Kesehatan, serta dokumen internal Klinik Utama ’Aisyiyah Sitti Khadijah di Kota Parepare seperti profil klinik, SOP pengajuan klaim, dan data statistik jumlah klaim pending dari tahun 2022 hingga 2024.



Gambar 3. Data Pending Klaim Rawat Inap Klinik Utama Aisyiyah 'Sitti Khadijah Parepare'

Dari grafik yang ditampilkan, terlihat bahwa jumlah klaim yang tertunda sempat menurun pada tahun 2023, yaitu dari 174 klaim di tahun 2022 menjadi 144 klaim. Namun, di tahun 2024 justru terjadi peningkatan yang cukup drastis, mencapai 307 klaim. Naik-turunnya jumlah klaim ini menunjukkan bahwa masih ada masalah yang belum terselesaikan di sistem pengelolaan klaim, baik dari sisi kelengkapan dokumen, kesalahan dalam penulisan kode diagnosis, maupun gangguan pada sistem E-Klaim.

Lonjakan klaim yang tertunda di tahun 2024 menjadi tanda bahwa perbaikan menyeluruh terhadap proses administrasi dan teknis perlu segera dilakukan agar tidak semakin berdampak pada layanan dan operasional klinik.Penggunaan kedua jenis data ini memberikan dasar analisis yang kuat dan komprehensif dalam mengidentifikasi faktor penyebab pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap di klinik tersebut.

Pengumpulan data wawanacra dari ketujuh informan dilakukan secara langsung oleh peneliti berdasarkan pedoman wawancara yang telah disusun, Tujuan wawanacara adalah untuk memperoleh informasi yang mendalam terkait faktor-faktor penyebab pending klaim BPJS Kesehatan di Klinik Utama ’Aisyiyah Sitti Khadijah di Kota Parepare

Berdasarkan hasil wawancara, pengamatan, yang telah dilakukan, peneliti menyusun hasil temuan berdasarkan masing-masing variabel penelitian, yang dijelaskan sebagai berikut :

Deskripsi Variabel Penelitian

1. **Ketidaklengkapan Dokumen**

   Berdasarkan hasil observasi dan wawancara yang dilakukan, ketidaklengkapan dokumen menjadi salah satu faktor utama yang menyebabkan pending klaim BPJS Kesehatan di Klinik Utama Aisyiyah Sitti Khadijah Parepare. Dokumen yang sering tidak lengkap antara lain adalah resume medis, hasil pemeriksaan penunjang, dan Surat Eligibilitas Peserta (SEP). Apakah sering terjadi klaim yang dipending

karena dokumen tidak lengkap? Jika iya, dokumen apa saja yang sering tidak lengkap

Kondisi ini diperjelas oleh Informan yang menyatakan:

"Beberapa kali dokumen klaim kami pending karena ada resume medis yang belum lengkap. Kadang dokter lupa tanda tangan atau belum isi diagnosanya lengkap." (AY, 35 Thn)

Selanjutnya dipertegas oleh informan administratif mengatakan :
“ Yang paling sering itu resume medis dan hasil penunjang seperti lab dan rontgen. Resume medis kadang belum ditandatangani atau belum jelas diagnosanya. Selain itu, SEP juga kadang bermasalah, terutama kalau pasiennya tidak update datanya, jadi informasi di SEP tidak valid.”(AK, 30 Thn)

Senada dengan keterangan diatas hasil wawancara dengan bagian rekam medik mengatakan :
“Iya, cukup sering klaim kami dipending karena dokumennya dianggap tidak lengkap. Kadang-kadang surat rujukan tidak dilampirkan oleh pasien, atau hasil pemeriksaan penunjang belum lengkap. Bahkan ada juga dokumen yang sudah kami lengkapi, tapi tidak sesuai format atau kurang stempel dari dokter, itu juga bisa jadi masalah.” (BA, 30 Thn)

Masalah lain juga disampaikan oleh salah satu dokter yang menyatakan:

“Masalah yang sering muncul adalah ketika kami lupa mengisi tanggal atau tanda tangan pada resume medis. Itu karena kami juga harus melayani banyak pasien, jadi kadang terlewat. Tapi itu membuat klaim jadi tertunda karena dianggap tidak lengkap.” (HK , 27 Thn)

Pernyataan tersebut mengungkapkan bahwa beban kerja yang tinggi pada tenaga medis dapat berdampak pada ketidaktelitian dalam mengisi

dokumen penting seperti resume medis. Padahal, resume medis merupakan salah satu dokumen utama yang menjadi dasar verifikasi layanan oleh BPJS Kesehatan. Jika resume tidak lengkap atau tidak mencantumkan diagnosis secara jelas dan akurat, maka klaim akan dikategorikan sebagai tidak layak bayar atau pending.

Selain itu pernyataan lain di ungkapkan oleh kepala klinik menjelaskan bahwa:

"Proses pengecekan kelengkapan sebenarnya sudah menjadi bagian dari alur kerja internal di klinik. Namun, sering kali keterlambatan pengumpulan berkas dari ruang pelayanan menjadi kendala tersendiri,. Setiap berkas klaim yang mau dikirim pasti kami periksa dulu satu per satu. Kendala paling umum itu biasanya karena berkas dari ruang pelayanan belum semua masuk, misalnya hasil lab yang belum dikumpul. Tapi itu bisa segera kami koordinasikan."(BD , 48 Thn)

Berdasarkan hasil wawancara dan observasi, dapat disimpulkan bahwa ketidaklengkapan dokumen merupakan salah satu faktor utama yang menyebabkan pending klaim BPJS Kesehatan di Klinik Utama Aisyiyah Sitti Khadijah Parepare. Dokumen yang paling sering tidak lengkap meliputi resume medis, hasil pemeriksaan penunjang, dan Surat Eligibilitas Peserta (SEP). Ketidaktelitian dalam pengisian resume medis, seperti lupa mencantumkan diagnosis lengkap, tanda tangan, atau tanggal, kerap terjadi akibat tingginya beban kerja tenaga medis. Selain itu, proses pengumpulan dokumen dari ruang pelayanan ke bagian administrasi juga sering mengalami keterlambatan, sehingga menghambat kelengkapan berkas sebelum diajukan. Meskipun klinik

telah memiliki prosedur pengecekan internal terhadap berkas klaim, pelaksanaannya belum sepenuhnya optimal karena koordinasi antardivisi masih menghadapi kendala teknis dan keterbatasan waktu.

Faktor-faktor tersebut menunjukkan bahwa sistem dokumentasi dan pengumpulan berkas perlu diperkuat melalui peningkatan koordinasi lintas unit, pelatihan tenaga medis dalam pengisian dokumen, serta pengawasan lebih ketat terhadap kelengkapan berkas sebelum klaim diajukan ke BPJS Kesehatan.

2. Kesalahan Pengkodeaan

Kesalahan pengkodean merupakan salah satu faktor yang dapat menyebabkan klaim BPJS Kesehatan mengalami pending. Pengkodean dalam klaim BPJS mengacu pada sistem klasifikasi penyakit dan tindakan medis yang diatur dalam ICD-10 (International Classification of Diseases) dan ICD-9-CM. Kesalahan dalam pengisian kode diagnosis utama, diagnosis sekunder, maupun prosedur medis dapat mengakibatkan klaim tidak dapat diverifikasi oleh pihak BPJS, sehingga klaim ditunda atau bahkan ditolak.

Namun, tidak semua fasilitas kesehatan mengalami kendala dalam pengkodean klaim. Beberapa klinik, termasuk Klinik Utama Aisyiyah Sitti Khadijah Kota Parepare, menunjukkan bahwa dengan manajemen administrasi yang baik, pelatihan petugas secara rutin, serta penggunaan sistem digital yang mendukung, pengkodean dapat dilakukan dengan akurat dan efisien.

Hal ini didukung dengan pernyataan Informan yang mengatakan :

"Selama ini kami tidak pernah mengalami kendala serius dalam pengkodean klaim BPJS, karena sudah menggunakan sistem digital yang terintegrasi dengan ICD-10. Proses coding dilakukan dengan teliti

oleh petugas yang sudah terlatih, dan selalu kami cek ulang sebelum dikirim ke BPJS." (AY ,35 Thn)

Selanjutnya, hal tersebut juga disampaikan oleh informan Ia mengatakan:

"Dalam proses pengisian resume medis, saya selalu memastikan diagnosis yang saya tuliskan memang sesuai dengan kondisi klinis pasien. Saya juga mengacu langsung pada ICD-10 yang berlaku agar tidak terjadi kesalahan dalam kode. Kami juga sering diskusi dengan bagian rekam medis untuk menyamakan persepsi kalau ada diagnosis yang sifatnya kompleks. Jadi, selama ini belum pernah saya mengalami klaim saya dipending hanya karena salah kode. Kami cukup disiplin soal ini." (BA, 30 Thn)

Selanjunya pernyataan lain juga disampaikan oleh informan yang menyampaikan bahwa:

"Saya biasanya fokus isi diagnosa saja, urusan kodenya biar bagian rekam medis yang atur. Tapi memang kadang mereka bisa beda tafsir dari apa yang saya maksud."(HK, 27 Thn)

Kondisi ini menunjukkan bahwa belum ada sistem integrasi atau standar baku dalam pengisian kode diagnosis di klinik. Selain itu, pelatihan dan sosialisasi tentang pengkodean diagnosis juga belum dilakukan secara rutin. Bahkan belum ada pelatihan di klinik . Hal ini diakui oleh pihak manajemen.

Selanjutnya dipertegas oleh infroman yang mengatakan :

"Kami sadari pengkodean ini krusial. Meskipun pelatihan belum intens, kami selalu sampaikan update dari BPJS ke seluruh tim, dan mendorong bagian rekam medis untuk aktif berkoordinasi dengan pelayanan. Ke depan, kami rencanakan pelatihan ulang supaya lebih paham sistem coding-nya." (RD, 25 Thn)

Selanjutnya informan juga menambahkan bahwah :
Secara resmi dari klinik atau BPJS? Tidak sering. Paling pelatihan internal singkat, tapi tidak rutin. Jadi banyak hal kami pelajari sambil jalan saja. (AK, 30 Thn)

Senada dengan keterangan diatas hasil wawancara dengan kepala klinik mengatakan bahwa:
“Kami memang sangat menekankan pentingnya keakuratan dalam pengkodean. Setiap bulan kami melakukan evaluasi dan review terhadap klaim yang diajukan. Selain itu, tim kami juga rutin mengikuti pelatihan coding, baik secara internal maupun dari BPJS Kesehatan . Dengan cara itu, klaim-klaim yang kami kirimkan hampir semuanya disetujui tanpa kendala terkait kode. Pengalaman kami dalam mengelola kode cukup baik sejauh ini.” (BD , 48 Thn)

Selanjutnya kepala klinik juga mengatakan bahwa :
“Secara umum, kami sudah memiliki panduan ICD-10 dan dukungan dari tim rekam medis untuk memastikan pengkodean yang tepat. Namun saya akui, masih ada beberapa kasus di mana kode yang digunakan tidak sesuai karena diagnosis dari dokter belum spesifik atau kurang lengkap. Ini memang jadi tantangan, terutama saat beban kerja sedang tinggi, sehingga tidak semua bisa langsung dikoreksi sebelum dikirim ke BPJS.” (BD , 48 Thn)
Kesalahan pengkodean merupakan salah satu penyebab utama pending klaim BPJS. Menurut Permenkes No. 27 Tahun 2014, pengkodean diagnosis dan tindakan medis harus sesuai standar ICD-10 dan ICD-9-CM karena menentukan klasifikasi INA-CBG’s dalam sistem klaim.

3. Proses Administratif yang kurang efektif

Dalam pelaksanaan klaim, prosedur administrasi yang efektif merupakan pilar penting untuk menghindari kesalahan. Klinik telah berupaya membangun sistem yang memperkuat koordinasi antarbagian dan menyamakan persepsi dengan ketentuan dari BPJS.

Hasil wawancara dengan Koordinator rekam medik menunjukkan bahwa secara umum sudah ada *Standar Operasional Prosedur (SOP)*, namun pelaksanaannya masih belum optimal;

"Secara tertulis memang sudah ada SOP terkait pengajuan klaim. Tapi dalam praktiknya, tidak semua bagian mengikuti dengan ketat. Kadang karena kondisi lapangan yang sibuk atau ada petugas baru, SOP itu tidak dijalankan sepenuhnya." (BA , 30 Thn)

Selanjutnya dipertegas oleh informan caxe mix :

"Kadang dari BPJS Kesehatan menilai bahwa tindakan tersebut urgent dan harus segera dilakukan, tetapi dari sisi klinik tidak menganggap tindakan itu sebagai hal yang urgent.Nah, karena tidak ada kejelasan urgensi ini dalam regulasi, maka akhirnya klaimnya bisa terpending."(AY , 35 Thn)

Pernyataan ini secara langsung menjawab Pertanyaan ke-2 dalam Panduan Wawancara, yaitu mengenai kendala dalam proses administratif. Perbedaan persepsi mengenai tingkat urgensi tindakan medis antara BPJS dan pihak klinik menjadi salah satu bentuk kendala administratif yang tidak tercakup jelas dalam *Standar Operasional Prosedur (SOP)* yang ada.

Kepala Klinik juga menyampaikan bahwa kompleksitas peraturan dari pihak BPJS sering kali menyulitkan faskes tingkat pertama:

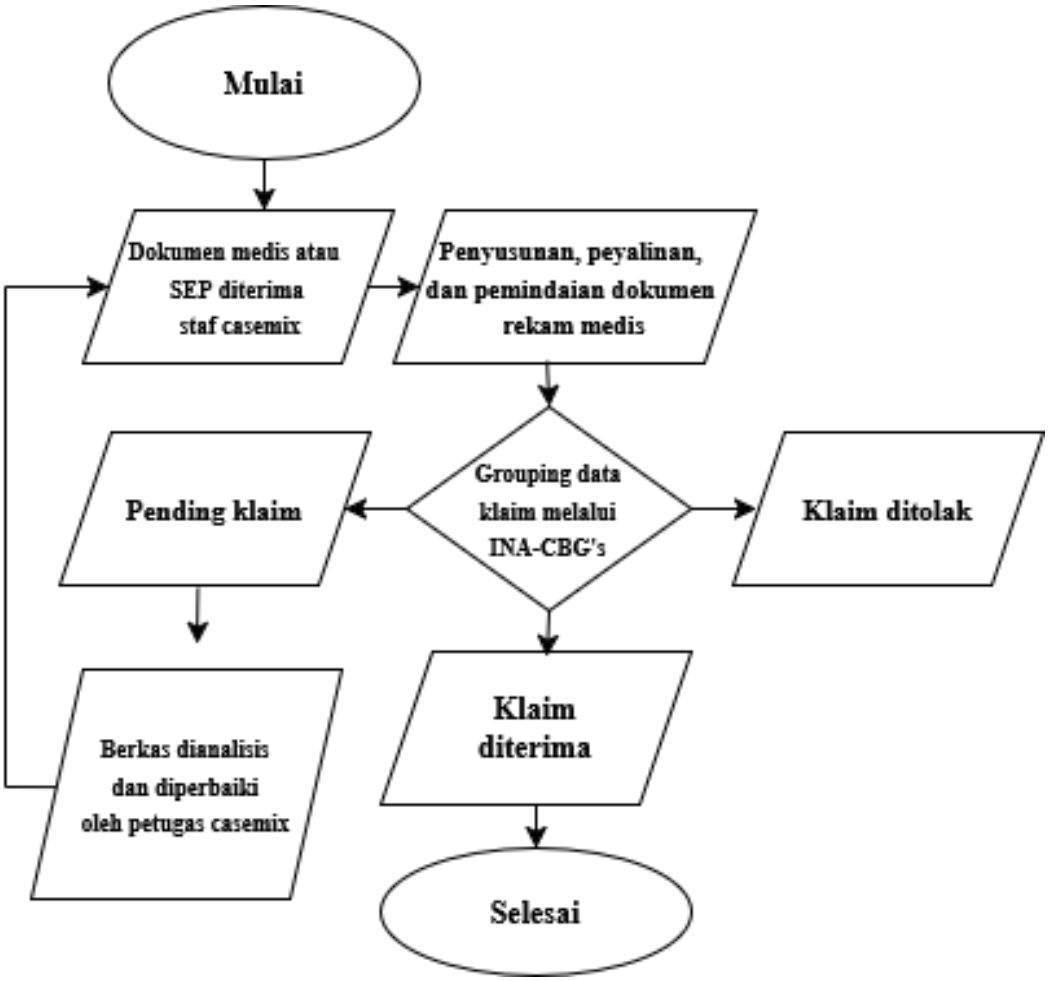
"Kami akui, salah satu tantangan terbesar adalah aturan dari BPJS yang terlalu banyak dan sering berubah. Terkadang ada perubahan teknis kecil yang tidak langsung diinformasikan ke kami, sehingga petugas kami mengisi data seperti biasa, tapi kemudian dianggap salah. Akhirnya, klaimnya tertunda. Ini menimbulkan kesalahpahaman, padahal maksud kami hanya mengikuti prosedur yang selama ini dipahami." (BD , 48 Thn)

Kutipan tersebut juga menjawab pertanyaan nomor 1 dari panduan wawancara: Apakah ada *Standar Operasional Prosedur (SOP)* yang jelas untuk pengajuan klaim? Meski klinik memiliki *Standar Operasional Prosedur (SOP)* internal, dalam praktiknya, *Standar Operasional Prosedur (SOP)* tersebut tidak selalu sinkron dengan peraturan terbaru dari BPJS yang dinilai terlalu rinci, teknis, dan berubah-ubah, sehingga petugas mengalami kesulitan dalam menyesuaikan diri.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan, ditemukan bahwa proses administratif dalam pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Klinik Utama Aisyiyah Sitti Khadijah Kota Parepare belum berjalan secara efektif. Meskipun klinik telah memiliki *Standar Operasional Prosedur (SOP)* terkait pengajuan klaim, namun implementasinya belum konsisten. Beberapa petugas belum memahami dengan baik alur pengajuan klaim karena minimnya pelatihan dan kurangnya sosialisasi berkala terkait pembaruan aturan dari BPJS Kesehatan. Hal ini menyebabkan banyak klaim diajukan tanpa melalui tahapan verifikasi

yang memadai, sehingga ketika diperiksa oleh pihak BPJS, dokumen dinilai tidak lengkap atau tidak sesuai ketentuan.

Selain itu, ditemukan adanya kesalahpahaman antara pihak klinik dan BPJS Kesehatan dalam menilai tindakan medis tertentu. Beberapa klaim dipending karena menurut verifikator BPJS, tindakan medis yang dilakukan bersifat “urgent” atau darurat dan seharusnya memiliki justifikasi klinis yang kuat. Namun, pihak klinik menilai bahwa tindakan tersebut tidak dalam kondisi darurat dan telah dilakukan sesuai kondisi pasien saat itu. Perbedaan persepsi ini disebabkan oleh tidak adanya panduan teknis yang jelas dan seragam antara pihak faskes dan BPJS dalam menilai urgensi tindakan medis. Akibatnya, tindakan medis yang sebenarnya sah secara klinis bisa dipermasalahkan secara administratif, sehingga klaim menjadi tertunda.



Gambar 4. Alur pengajuan Klaim BPJS kesehatan

Berikut ini merupakan penjelasan mengenai alur pengajuan klaim BPJS di Klinik Utama Aisyiyah Sitti Khadijah Kota Parepare : Dokumen *rekam medis (RM)* dan *Surat Eligibilitas Peserta (SEP)* akan diterima oleh bagian casemix. Selanjutnya, dokumen tersebut akan disusun, diperbanyak, dan dipindai. Setelah itu, data klaim akan dikelompokkan menggunakan aplikasi INA-CBG’s. Bersama dengan surat pengantar dari

rumah sakit serta file dalam format .txt, klaim kemudian diajukan ke BPJS Kesehatan Kota Parepare. Proses ini dapat menghasilkan tiga kemungkinan, yaitu klaim disetujui, ditunda (pending), atau ditolak.

4. Masalah teknis

Masalah teknis merupakan salah satu faktor dominan yang menyebabkan pending klaim BPJS Kesehatan di Klinik Utama Aisyiyah Sitti Khadijah Kota Parepare. Berdasarkan hasil wawancara dengan para informan, ditemukan bahwa sistem klaim elektronik atau e-Klaim sering mengalami gangguan, terutama pada waktu-waktu tertentu seperti akhir bulan atau saat traffic sistem tinggi. Kondisi ini sangat memengaruhi kinerja petugas dalam menginput dan mengunggah dokumen klaim. Apakah sistem e-Klaim yang digunakan di klinik ini sering mengalami gangguan teknis

Hal ini seperti hasil wawancara peneliti dengan informan Petugas Case mix

"Iya, sangat sering. Hampir tiap bulan, apalagi di akhir bulan, sistem e-Klaim sering error atau lemot. Kita sudah isi semua data, tinggal kirim, tiba-tiba sistem keluar sendiri, semua data hilang. Pernah juga kami tidak bisa akses sistem dua hari berturut-turut. Dampaknya besar, karena klaim jadi tertunda, padahal kita sudah kejar-kejaran waktu. Kita lapor ke BPJS, tapi tanggapannya hanya, 'coba ulangi saja nanti'. Enggak ada bantuan langsung yang bisa bantu selesaikan. Ini bikin kerja jadi dua kali lipat." (AY , 35 Thn)

Ditambahkan pula dengan jawaban dari Informan Koordinator Rekam Medis

"Betul, sistem sering lambat, kadang sampai dokumen enggak bisa diunggah. Masalah teknis ini enggak hanya dari BPJS-nya, tapi juga dari jaringan internet di klinik. Kalau hujan atau pemakaian ramai, jaringan bisa drop, dan itu bikin gagal unggah berkas. Dalam sebulan itu bisa 2-3 kali kejadian. Kadang kita sudah siapkan semua dokumen, tapi upload-nya enggak jalan. Klaim jadi tertunda, dan kita yang kena tegur dari atasan."(BA, 30 Thn)

Hal senada juga disampaikan oleh Informan staf IT
"Gangguan teknis itu sudah biasa, sayangnya bukan hal kecil. Server pusat BPJS sering overload, dan kadang kami enggak bisa login sama sekali. Terus, update sistem juga dilakukan tanpa pemberitahuan. Tiba-tiba pas kita mau input klaim, sistemnya blank atau berubah tampilan. Internet klinik kami juga pernah gangguan, jadi makin parah kalau dua-duanya bermasalah. Kami sudah beberapa kali kontak BPJS, tapi jawaban mereka standar saja, 'tunggu update selesai'. Padahal pekerjaan kami jadi kacau." (AR, 25 Thn)

Dipertegas oleh informan Petugas administratif mengatakan :
Informan juga menyebut bahwa dukungan dari pihak BPJS dalam mengatasi masalah teknis cenderung pasif. "Biasanya kami hanya disarankan untuk refresh sistem atau tunggu sistem normal kembali, padahal kami kejar deadline," (AK,30 Thn)

Masalah teknis merupakan salah satu faktor utama penyebab pending klaim BPJS Kesehatan di Klinik Utama Aisyiyah Sitti Khadijah Kota Parepare. Hasil wawancara dengan informan menunjukkan bahwa sistem e-Klaim kerap mengalami kendala, seperti terjadi error, proses yang lambat, keluar otomatis dari sistem, hingga tidak dapat diakses

sama sekali selama beberapa hari, terutama ketika beban penggunaan meningkat pada akhir bulan.. Selain itu, jaringan internet di klinik yang tidak stabil turut memperburuk kondisi, menyebabkan dokumen gagal diunggah. Akibatnya, proses pengajuan klaim menjadi terhambat, pekerjaan petugas harus diulang, dan beban kerja meningkat. Minimnya dukungan teknis dari BPJS ketika gangguan terjadi semakin memperpanjang waktu penyelesaian klaim, sehingga berdampak negatif terhadap efisiensi layanan dan arus kas klinik.

C. Pembahasan

1. Ketidaklengkapan Dokumen

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan yang berasal dari berbagai bagian di Klinik Utama Aisyiyah Sitti Khadijah Kota Parepare, diketahui bahwa ketidaklengkapan dokumen menjadi salah satu penyebab dominan terjadinya pending klaim BPJS Kesehatan pada layanan rawat inap. Beberapa jenis dokumen yang sering kali tidak lengkap atau tidak sesuai antara lain Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis pasien, serta berkas-berkas penunjang seperti hasil pemeriksaan laboratorium, resep dokter, dan laporan tindakan medis. Resume medis yang tidak ditandatangani oleh dokter penanggung jawab, tidak memuat diagnosis secara spesifik, atau tidak sesuai dengan pelayanan yang telah diberikan sering menjadi hambatan dalam proses klaim.

Selain itu, adanya SEP yang tidak valid karena kesalahan input data atau tidak tercetak pada hari pelayanan juga menjadi salah satu faktor klaim tidak dapat diproses oleh pihak BPJS.“Temuan ini sejalan dengan penelitian Aminah (2021), bahwa hasil pemeriksaan penunjang yang belum lengkap menjadi penyebab umum pending klaim.” (38)

Di samping faktor teknis, tingginya beban kerja tenaga medis dan staf administrasi turut memengaruhi kelengkapan dokumen klaim. Berdasarkan hasil wawancara, beberapa informan mengungkapkan bahwa jumlah pasien yang harus ditangani dalam waktu singkat membuat proses pengisian dokumen menjadi tergesa-gesa dan tidak maksimal. Hal ini sering menyebabkan dokumen penting seperti resume medis belum ditandatangani atau diagnosis belum tertulis secara lengkap. Selain itu, dokumen pendukung seperti hasil laboratorium atau surat rujukan juga kerap terlambat dikumpulkan karena terbatasnya waktu dan sumber daya. Kondisi tersebut memperlihatkan bahwa ketidaklengkapan berkas klaim tidak semata-mata disebabkan oleh kelalaian individu, melainkan juga disebabkan oleh sistem kerja yang belum mampu mengakomodasi tingginya beban pelayanan secara optimal.

Permasalahan ini tidak hanya disebabkan oleh kelalaian petugas secara individual, tetapi juga mencerminkan kurangnya sistem koordinasi antar bagian, seperti bagian pelayanan, rekam medis, dan tim penjamin klaim. Informan menyebutkan bahwa masih terdapat

miskomunikasi antar bagian mengenai waktu dan prosedur pengumpulan dokumen, serta belum adanya prosedur baku yang mengatur alur pemeriksaan berkas secara menyeluruh sebelum dikirimkan ke sistem E-Klaim.

Hal ini diperparah dengan tidak adanya sistem checklist yang konsisten digunakan untuk memastikan kelengkapan dokumen. Kondisi tersebut sejalan dengan hasil penelitian Cindy Rozza Bella (2024) di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret (UNS), yang menyebutkan bahwa pending klaim BPJS Kesehatan salah satunya disebabkan oleh berkas yang tidak lengkap atau tidak sesuai dengan standar verifikasi dari BPJS. Dalam jurnal tersebut dijelaskan bahwa kekurangan data pendukung diagnosis menjadi faktor penghambat klaim diterima, dan bukan semata-mata karena kesalahan dari pihak pengkode (koder), melainkan karena dokumen klinis yang belum optimal secara kualitas maupun kelengkapannya.(39)

Masalah ketidaklengkapan dokumen ini tidak hanya disebabkan oleh sistem yang masih belum optimal, tetapi juga berkaitan dengan sifat individu petugas yang menangani dokumen tersebut. Berdasarkan karakteristik informan, sebagian besar memiliki pendidikan strata satu, namun variasi usia mengindikasikan adanya perbedaan dalam pengalaman dan keterampilan manajerial. Petugas yang lebih muda biasanya masih beradaptasi dengan beban kerja dan prosedur administratif yang rumit, sedangkan informan yang lebih senior

memiliki pengalaman lebih, tetapi masih menghadapi tekanan beban kerja yang berat. Ini mencerminkan bahwa meskipun pendidikan formal cukup, usia dan pengalaman kerja juga berpengaruh pada efektivitas dalam menyusun dan memeriksa kelengkapan dokumen. Sehingga, pelatihan yang berkelanjutan dan sistem mentor antarstaf sangat penting untuk meningkatkan akurasi serta efisiensi dalam pengelolaan dokumen klaim BPJS.

Secara umum, permasalahan ketidaklengkapan dokumen ini berdampak serius terhadap proses klaim karena menimbulkan keterlambatan dalam pencairan dana oleh BPJS Kesehatan. Keterlambatan tersebut pada akhirnya akan mempengaruhi cash flow operasional klinik, seperti tertundanya pembayaran gaji, pengadaan obat-obatan, dan keperluan medis lainnya. Selain itu, dari sisi pelayanan, pasien pun terdampak karena pihak klinik akan menghadapi keterbatasan sumber daya akibat belum dibayarkannya klaim yang tertunda.

Maka dari itu, diperlukan langkah strategis dan pembenahan sistem dokumentasi dan verifikasi berkas klaim di internal klinik, termasuk melalui pelatihan rutin, penugasan khusus tim verifikator internal, serta pengembangan sistem monitoring kelengkapan berkas berbasis digital yang terintegrasi antar unit pelayanan dan administrasi.

Permasalahan ketidaklengkapan dokumen ini sesuai dengan temuan beberapa studi sebelumnya, yang menunjukkan bahwa berkas

klaim yang tidak lengkap merupakan salah satu penyebab utama pending klaim di berbagai fasilitas kesehatan. Sesuai dengan Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018, seluruh dokumen harus lengkap dan sesuai dengan format yang ditentukan sebelum diajukan kepada verifikator. Jika terdapat ketidaksesuaian, berkas akan dikembalikan untuk diperbaiki, yang pada akhirnya menyebabkan keterlambatan pencairan dana. (20)

Berdasarkan teori administrasi pelayanan kesehatan, dokumen merupakan bagian penting dari sistem informasi dan komunikasi dalam pelayanan medis. Dokumen yang lengkap dan akurat tidak hanya mendukung proses klaim, tetapi juga menjadi bukti tertulis atas pelayanan yang diberikan kepada pasien. Ketidaklengkapan dokumen mencerminkan lemahnya proses dokumentasi dan kurangnya pengawasan internal. (36)

Permasalahan ini menggambarkan bahwa ketidaklengkapan dokumen bukan hanya disebabkan oleh satu pihak saja, melainkan merupakan akumulasi dari kurangnya ketelitian dan disiplin dalam pengisian serta pengumpulan dokumen dari berbagai pihak yang terlibat dalam proses pelayanan dan klaim. Secara teoritis, menurut Azwar (2012), kelengkapan dokumen merupakan bagian integral dari sistem pertanggungjawaban pelayanan kesehatan. Dokumen yang tidak lengkap akan menghambat proses validasi dan verifikasi oleh pihak

BPJS, yang pada akhirnya berujung pada pending-nya klaim yang berdampak terhadap keuangan fasilitas pelayanan kesehatan.(40)

Hasil ini sejalan dengan penelitian oleh Gevi Larasty . (2023) di Rumah Sakit X menunjukkan bahwa banyak klaim tertunda disebabkan oleh masalah administrasi, terutama kekurangan pada resume medis dan bukti penunjang seperti hasil laboratorium atau radiologi. Sebanyak 10,7% resume medis tidak sesuai dan 42,9% bukti penunjang tidak lengkap, sehingga dokumen dikembalikan oleh BPJS. Kekurangan dokumen ini menjadi hambatan utama dalam verifikasi klaim dan menyebabkan keterlambatan pembayaran.(41)

Temuan ini diperkuat oleh hasil penelitian Gifari dan Ariyanti (2019) di RSUD Tangerang Selatan, yang menunjukkan bahwa dari 132 klaim yang ditolak, 68 klaim (51,5%) ditolak karena informasi rekam medis tidak lengkap, khususnya karena tidak adanya tanda tangan DPJP dan hasil penunjang medis. Selain itu, penelitian tersebut mengungkap bahwa rekam medis yang lengkap memiliki peluang 540 kali lebih besar untuk diterima dibandingkan yang tidak lengkap, sehingga ketepatan dan kelengkapan dokumen menjadi komponen vital dalam keberhasilan proses klaim BPJS Kesehatan. (42)

Oleh karena itu, diperlukan peningkatan ketelitian, komunikasi, dan koordinasi antarunit dalam pengumpulan dokumen, serta adanya monitoring dan evaluasi berkala terhadap prosedur pengisian dokumen medis. Peran tenaga medis, terutama dokter, sangat krusial dalam

memastikan dokumen seperti resume medis dan hasil pemeriksaan diisi dengan lengkap dan benar, sesuai dengan standar yang ditetapkan. Dengan upaya tersebut, diharapkan angka pending klaim karena ketidaklengkapan dokumen dapat diminimalkan dan pelayanan kesehatan dapat berjalan lebih efektif dan efisien.

Secara teoritis, ini selaras dengan pendapat Azwar (2012), yang menekankan bahwa dokumen merupakan bentuk pertanggungjawaban pelayanan medis dan menjadi dasar verifikasi klaim. Jika dokumen tidak lengkap atau tidak sesuai, maka klaim sulit untuk divalidasi oleh BPJS. Peraturan BPJS No. 7 Tahun 2018 juga menyebutkan bahwa ketidaksesuaian administrasi akan menyebabkan pending klaim. Temuan ini menunjukkan bahwa penguatan manajemen dokumen dan kedisiplinan pengisian resume medis menjadi langkah penting dalam mencegah klaim tertunda.(20)

2. Kesalahan Pengkodean

Kesalahan dalam pengkodean turut diidentifikasi sebagai faktor yang menyebabkan tertundanya klaim BPJS Kesehatan. Meskipun proses pengkodean di klinik telah dilakukan menggunakan sistem digital yang terintegrasi dengan standar ICD-10, proses ini belum sepenuhnya otomatis. Untuk kasus-kasus dengan diagnosis yang kompleks, proses validasi manual tetap dibutuhkan. Hal ini disebabkan oleh keterbatasan sistem dalam menangkap nuansa klinis secara menyeluruh, khususnya pada diagnosis yang melibatkan kondisi

komorbid atau terminologi medis yang kurang dijelaskan secara detail dalam dokumentasi medis.

Proses pengkodean yang efektif memerlukan kolaborasi yang erat antara dokter dan petugas rekam medis. Dalam praktiknya, hambatan sering kali muncul ketika informasi diagnosis dalam resume medis atau ringkasan kepulangan pasien tidak dituliskan secara spesifik. Ketika informasi tersebut tidak cukup rinci, petugas pengkodean menghadapi kesulitan dalam menentukan kode yang sesuai, sehingga dapat terjadi kesalahan dalam pemilihan kode. Kondisi ini dapat berdampak pada tertundanya proses klaim karena ketidaksesuaian dengan ketentuan verifikasi BPJS.

Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ratna Sari Dewi (2024) di RSUD Bandung Kiwari, yang menyatakan bahwa kesalahan dalam proses pengkodean merupakan salah satu penyebab signifikan tertundanya klaim BPJS. (43)

Masih ditemukan pula situasi di mana kode diagnosis tidak tepat akibat kurang lengkapnya informasi yang disampaikan oleh tenaga medis. Hal ini menunjukkan bahwa persoalan pengkodean tidak semata-mata terletak pada petugas administrasi, melainkan juga pada kualitas dokumentasi medis yang disusun oleh dokter. Ketidaktelitian dalam mencatat diagnosis atau keterbatasan waktu saat melakukan pencatatan sering menjadi penyebab kurangnya kejelasan informasi, yang pada akhirnya memicu kesalahan dalam pengkodean.

Kesalahan pengkodean merupakan salah satu faktor utama yang menyebabkan pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap. Kesalahan ini mencakup ketidaktepatan dalam penulisan diagnosis utama, kode ICD yang tidak lengkap, hingga kurangnya pemahaman terhadap standar kode INA-CBGs. Temuan ini tidak sepenuhnya sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Frisilia Ananda Syahputri et al. (2024) di RSU X Kota Medan, yang menyebutkan bahwa faktor utama penyebab pending klaim adalah ketidaklengkapan dokumen seperti resume medis yang belum dilengkapi oleh dokter dan hasil pemeriksaan yang belum lengkap. Dalam jurnal tersebut, aspek kesalahan pengkodean tidak dijadikan sebagai fokus utama penyebab pending klaim, melainkan lebih ditekankan pada permasalahan administratif dan perbedaan persepsi kelengkapan dokumen antara pihak rumah sakit dan BPJS. (7)

Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 27 Tahun 2014, seluruh diagnosis dan prosedur medis dalam sistem klaim BPJS harus dikodekan berdasarkan standar ICD-10 dan ICD-9-CM. Apabila kode yang digunakan tidak akurat, tidak spesifik, atau tidak sesuai, maka klaim dapat ditunda atau bahkan ditolak hingga dilakukan klarifikasi. Dampaknya tidak hanya memperlambat proses pembayaran, tetapi juga mengganggu stabilitas keuangan fasilitas pelayanan kesehatan.

Temuan ini konsisten dengan hasil penelitian Natasa Ilka Fahziza Salima (2023) yang dilakukan di Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraoen

Malang. Dalam penelitian tersebut dijelaskan bahwa dari 60 dokumen klaim yang dianalisis, sebanyak 43% klaim pending disebabkan oleh ketidaktepatan kode diagnosis, termasuk diagnosis utama yang tidak sesuai dengan kondisi pasien maupun tindakan medis yang dilakukan. Kesamaan ini menunjukkan bahwa permasalahan dalam pengkodean baik kesalahan pemilihan kode ICD-10 dan ICD-9-CM maupun diagnosis yang tidak mendasar merupakan kendala signifikan dalam sistem klaim BPJS. (44)

Oleh karena itu, diperlukan peningkatan kualitas dokumentasi oleh tenaga medis, pelatihan rutin bagi petugas pengkodean, serta penerapan audit internal secara berkala untuk mencegah kesalahan dalam proses tersebut. Selain itu, penguatan koordinasi antarunit, terutama antara tim medis dan bagian rekam medis, menjadi strategi penting untuk memastikan setiap klaim yang diajukan didukung oleh data dan kode yang valid dan sesuai standar.

Dengan langkah-langkah tersebut, tingkat pending klaim akibat kesalahan pengkodean dapat diminimalkan, dan proses pengajuan klaim menjadi lebih tepat waktu dan efisien.Secara regulatif, Permenkes No. 27 Tahun 2014 mengatur bahwa setiap diagnosis dan prosedur medis yang digunakan dalam sistem klaim BPJS harus dikodekan sesuai dengan standar ICD-10 dan ICD-9-CM. Pengkodean yang salah, tidak spesifik, atau tidak sesuai dengan ketentuan, akan berakibat pada klaim yang tidak dapat diproses atau ditunda hingga klarifikasi lebih lanjut

dilakukan. Hal ini tidak hanya memperlambat proses pembayaran, tetapi juga dapat berdampak pada arus kas dan keberlanjutan operasional fasilitas kesehatan.

Penelitian mengenai faktor pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap di Klinik Utama Aisyiyah Sitti Khadijah Kota Parepare sejalan dengan dalam temuan (Hindun et al., 2023), menunjukkan bahwa ketidaktepatan dalam pengkodean, baik berupa kesalahan penulisan kode diagnosis maupun ketidaksesuaian antara diagnosis yang diajukan dengan kondisi klinis pasien, merupakan salah satu faktor yang secara signifikan menyumbang pada terjadinya pending klaim BPJS Kesehatan. (31)

Kekeliruan dalam penggunaan kode ICD dan standar koding yang berlaku mengakibatkan ketidakmampuan BPJS untuk memproses klaim secara tepat waktu, yang pada akhirnya berdampak pada keterlambatan pencairan dana dan gangguan dalam arus kas fasilitas kesehatan. Dengan demikian, konsistensi temuan pada jurnal dan skripsi memperkuat argumen bahwa peningkatan akurasi dalam proses pengkodean menjadi kunci untuk mengoptimalkan administrasi klaim BPJS Kesehatan.

Dalam konteks ini, peningkatan kualitas dokumentasi medis oleh dokter, pelatihan berkelanjutan bagi petugas pengkodean, serta sistem audit internal secara berkala sangat diperlukan untuk meminimalisir kesalahan pengkodean. Selain itu, penguatan komunikasi

antarunit - khususnya antara tenaga medis dan tim rekam medis menjadi langkah strategis untuk memastikan bahwa setiap klaim yang diajukan ke BPJS didukung oleh dokumentasi dan kode yang valid dan sesuai standar. Dengan demikian, tingkat klaim yang dipending karena kesalahan pengkodean dapat ditekan, dan proses klaim berjalan lebih efisien dan tepat waktu.

Menurut Permenkes No. 27 Tahun 2014, coding diagnosis dan prosedur medis harus sesuai dengan ICD-10 dan ICD-9-CM, karena hal tersebut menentukan klasifikasi INA-CBG's dalam sistem klaim. Pengkodean yang salah atau tidak spesifik dapat menyebabkan BPJS menolak klaim atau menundanya hingga klarifikasi dilakukan. Temuan ini konsisten dengan teori Azwar (2012), yang menyebutkan bahwa pengkodean yang akurat merupakan elemen krusial dalam sistem pertanggungjawaban pelayanan kesehatan. (45)

Dalam sistem klaim BPJS Kesehatan, pengkodean diagnosis dan prosedur medis harus mengikuti standar ICD-10 untuk penyakit dan ICD-9-CM untuk tindakan medis, sesuai dengan Permenkes No. 27 Tahun 2014. Penggunaan kode ini sangat penting karena akan menentukan kelompok tarif INA-CBG's serta besaran biaya klaim yang diajukan. Namun, tidak semua kode dalam ICD-10 dapat digunakan dalam klaim BPJS. Hanya kode diagnosis yang bersifat final, lengkap, dan relevan secara klinis yang diperbolehkan, sementara kode

sementara, tidak spesifik, atau yang tidak mencerminkan kondisi utama pasien tidak dapat digunakan.

Tabel 3. Kesalahan Pengkodean INA-CBGs pada Klaim BPJS Kesehatan

NO.	Jenis Kesalahan	Contoh kode ICD-10	Deskripsi	Bisa Digunakan	Penyebab Kesalahan
1.	Kode Gejala digunakan sebagai diagnosis utama	R50	Demam, tidak spesifik	Tidak Bisa	Diagnosis belum ditegakan, hanya keluhan
2.	Diagnosis tidak sesuai dengan tindakan	I10	Hipertensi esensial	Bisa	Tidak disertai tindakan/ rawat inap padahal diklaim
3.	Kode tidak termasuk dalam mapping INA-CBGs	Z00.0	Pemeriksaan kesehatan umum	Tidak bisa	Kode tidak termasuk dalam cakupan INA-CBGs
4.	Diagnosis belum final digunakan unutk klaim	Z03.89	Obeservasi belum dikonfirmasi	Tidak bisa	Diagnosis bersifat sementara
5.	Kode salah ketik atau tidak lengkap	J189(harusnya J18.9)	Pneumonia, tidak spesifik	Bisa jika benar	Human error dalam inap kode
6.	Diagnosis sekunder dijadikan utama	R10.9	Nyeri perut, tidak spesifik	Tidak bisa (utama)	Diagnosis bukan penyebab utma perawatan
7.	Kode hanya menujukkan kontak pelayanan	Z76.9	Orang dalam kontak dengan pelayanan kesehatan	Tidak bisa	Tidak menunjukkan penyakit atau keluhan medis
8.	Diagnosis tidak memiliki bukti medis pendukung	E11.9	Diabetes tipe 2 tanpa komplikasi	Bisa	Tidak ada hasil lab atau dokumen tindakan
9.	Diagnosi bersifat umum, tidak, spesifik	R69	Penyakit tidak diketahui	Tidak bisa	Tidak menjelaskan kondisi medis pasien
10.	Diagnosis valid tapi digunakan tanpa pendukung tindakan	K29.0	Gastritis akut	bisa	Resume medis tidak menunjukkan terapi

Kesalahan dalam pengkodean ini dapat menyebabkan klaim ditolak atau ditunda oleh BPJS Kesehatan. Oleh karena itu, penting bagi

rumah sakit untuk memastikan rekam medis lengkap dan akurat serta bagi para koder untuk memahami dengan baik standar ICD agar proses klaim berjalan lancar dan sesuai aturan. Dengan pengkodean yang tepat, klaim BPJS dapat disetujui dengan cepat, mendukung validitas data medis, dan menjaga kelancaran sistem JKN.

3. Proses Administratif yang Kurang Efektif

Proses administratif yang kurang efektif merupakan salah satu aspek krusial yang turut menyumbang pada terjadinya pending klaim BPJS Kesehatan. Klaim kesehatan tidak hanya dipengaruhi oleh kelengkapan dokumen dan ketepatan pengkodean, tetapi juga sangat bergantung pada sejauh mana sistem administrasi internal fasilitas kesehatan berjalan dengan baik, sesuai standar operasional prosedur (SOP), dan mampu beradaptasi dengan dinamika kebijakan yang terus berubah.

Berdasarkan wawancara dengan para informan, ditemukan bahwa meskipun Klinik Utama Aisyiyah Sitti Khadijah telah memiliki SOP klaim, namun implementasi di lapangan masih belum optimal dan kerap terjadi ketidaksesuaian antara prosedur klinik dan ketentuan dari BPJS Kesehatan. Salah satu penyebab pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap di Klinik Utama Aisyiyah Sitti Khadijah Kota Parepare adalah ketidaklengkapan data klinis, seperti diagnosa yang tidak sesuai, ketidaktepatan pemilihan diagnosa utama dan sekunder, serta

ketidaksesuaian antara tindakan medis dengan dokumentasi rekam medis.

Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian Dedy Franata Sinaga (2024) yang dilakukan di RSU Imelda Pekerja Indonesia Medan, yang menyebutkan bahwa dari 70 dokumen rekam medis klaim pending, sebanyak 25 dokumen (36%) mengalami ketidaklengkapan data klinis. Adapun bentuk ketidaklengkapan tersebut meliputi diagnosa dan tindakan yang tidak sesuai, ketidaktepatan dalam pemilihan kode diagnosa, serta resume medis dan laporan pembedahan yang tidak lengkap.

Persamaan ini menunjukkan bahwa faktor klinis merupakan penyebab umum pending klaim BPJS di berbagai fasilitas kesehatan, baik rumah sakit maupun klinik, yang berdampak langsung pada kelayakan verifikasi klaim oleh BPJS Kesehatan. Oleh karena itu, perbaikan dalam dokumentasi medis serta ketepatan pengisian rekam medis menjadi hal yang krusial untuk mengurangi jumlah klaim yang tertunda.(46)

Adanya kesalahpahaman antara pihak klinik dan BPJS terkait dengan klasifikasi tindakan medis, khususnya mengenai status kegawatdaruratan. Dalam satu kasus, klinik menganggap bahwa tindakan yang diberikan bukanlah tindakan gawat darurat dan tidak perlu bukti kegawatdaruratan, namun dari sisi BPJS, tindakan tersebut diklasifikasikan sebagai gawat darurat dan karenanya harus disertai

bukti pendukung yang jelas. Perbedaan interpretasi ini menimbulkan kendala dalam proses verifikasi, sehingga klaim tidak dapat langsung diproses dan akhirnya menjadi pending.

Hal ini menunjukkan bahwa perbedaan pemahaman antara faskes (fasilitas kesehatan) dan BPJS dapat menjadi celah yang menghambat efektivitas proses administratif klaim.Sejalan dengan hasil penelitian dalam jurnal yang ditulis oleh Frieska Rahma Ardi Saputri, Zahrasita Nur Indira, dan Harry Fauzi (2023) dalam Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (J-REMIKES). Dalam penelitian tersebut, variabel ini mencakup aspek-aspek seperti tidak adanya Standar Operasional Prosedur (SOP) yang baku, minimnya pelatihan terhadap petugas administrasi, serta kesalahan dalam pengisian dokumen klaim yang menyebabkan keterlambatan atau penolakan klaim oleh BPJS.

Hal serupa juga ditemukan dalam jurnal Frieska , di mana disebutkan bahwa salah satu penyebab utama pending klaim BPJS rawat jalan di RS X adalah kelemahan dalam proses administrasi, seperti tidak tersedianya SOP penanganan klaim, kelalaian petugas dalam pencatatan kode readmisi, serta kesalahan dalam manajemen episode rawat jalan. Kedua penelitian tersebut menyoroti pentingnya ketertiban dan keakuratan dalam administrasi klaim sebagai bagian dari sistem mutu pelayanan kesehatan. (8).

Selain itu, sering kali terjadi perubahan regulasi dari pihak BPJS yang tidak segera diinformasikan secara resmi kepada fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama (FKTP). Akibatnya, petugas klaim di klinik terlambat menyesuaikan prosedur kerja dengan kebijakan terbaru. Ketika SOP lama masih digunakan sementara BPJS telah mengubah aturan teknis atau administratif, maka potensi kesalahan dalam proses klaim menjadi sangat tinggi. Hal ini menjadi bukti nyata bahwa efektivitas sistem administrasi sangat tergantung pada keberlangsungan komunikasi dua arah yang baik antara faskes dan penyelenggara jaminan kesehatan.

Sejalan dengan hasil yang ditemukan oleh Ferawati Simbolon dan Ascobat Gani (2023), mengidentifikasi bahwa ketidaklengkapan berkas klaim dan perbedaan pemahaman antara petugas rumah sakit dengan verifikator BPJS menjadi penyebab utama pending klaim. Kedua faktor ini merupakan cerminan dari proses administrasi yang tidak berjalan secara efektif, baik dari segi koordinasi, pengisian dokumen, maupun verifikasi internal. Dalam skripsi Armila, proses administratif dijelaskan lebih rinci, mencakup minimnya pelatihan petugas, ketiadaan SOP, serta kesalahan input data, yang semuanya dapat menyebabkan dokumen tidak lengkap dan klaim tertunda.(47)

Kurangnya efektivitas dalam proses administrasi ini juga mencerminkan belum optimalnya koordinasi internal antarunit dalam klinik itu sendiri, seperti antara pelayanan medis, rekam medis, dan

bagian klaim. Jika alur kerja tidak berjalan mulus dan tidak ada sistem kontrol yang memadai, maka keterlambatan pengumpulan dokumen, kekeliruan prosedur, atau kelalaian dalam mematuhi standar klaim menjadi hal yang sulit dihindari.

Hal ini sejalan dengan hasil yang ditemukan dalam jurnal Sayati Mandia (2023), yang mencatat bahwa ketidaklengkapan berkas rekam medis dan kesalahan dalam pengodean diagnosis merupakan faktor utama penyebab klaim BPJS ditunda. Kekeliruan dalam pengodean diagnosis juga diidentifikasi sebagai penyebab banyaknya klaim yang dipending, yang memperlihatkan betapa pentingnya sistem administrasi yang terorganisir dengan baik.

Secara teoritis, hal ini diperkuat oleh pandangan Azwar (2012), yang menyatakan bahwa pelayanan kesehatan modern memerlukan sistem administrasi yang tidak hanya konsisten dan standar, tetapi juga harus adaptif terhadap perubahan kebijakan serta mampu menciptakan efisiensi dalam pelaksanaan tugas. Ketika proses administrasi tidak mampu menyesuaikan diri dengan dinamika sistem kesehatan nasional, maka pelayanan yang diberikan kepada masyarakat menjadi tidak maksimal, dan institusi penyedia layanan kesehatan menghadapi risiko kerugian administratif maupun finansial, salah satunya melalui klaim yang tertunda atau ditolak.

Temuan ini menguatkan teori Azwar (2012) menyatakan bahwa pelayanan kesehatan yang baik harus ditunjang oleh sistem administrasi

yang tertib, terlatih, dan dipahami bersama oleh semua pihak terkait. Ketidaksepahaman antara tenaga medis dan pihak pembayar (dalam hal ini BPJS) akan berpengaruh terhadap kelancaran sistem klaim. Selain itu, Permenkes No. 28 Tahun 2014 juga menekankan bahwa proses pelayanan harus mengikuti pedoman JKN dan dilandasi oleh pemahaman yang sama terhadap prosedur medis dan administratif. Ketika pemahaman ini tidak selaras, maka proses pengajuan klaim menjadi tidak efektif dan rawan dipending.

Dengan demikian, solusi terhadap permasalahan ini tidak cukup hanya dengan memperkuat SOP internal, tetapi juga memerlukan pendekatan yang lebih proaktif dalam membangun komunikasi dengan BPJS, mempercepat akses terhadap informasi regulasi terbaru, dan melakukan pelatihan berkala bagi petugas administrasi klaim. Klinik juga perlu membentuk tim khusus atau penanggung jawab yang secara aktif memantau perubahan kebijakan, memastikan kesesuaian prosedur, dan menjembatani pemahaman antara petugas medis dan verifikator BPJS. Dengan langkah-langkah ini, efektivitas proses administrasi dapat ditingkatkan dan risiko pending klaim dapat diminimalisir.

4. Masalah Teknis

Masalah teknis dalam proses klaim BPJS Kesehatan di Klinik Utama Aisyiyah Sitti Khadijah Kota Parepare menjadi salah satu faktor signifikan yang menyebabkan klaim rawat inap mengalami pending. Berdasarkan hasil wawancara dengan informan kunci, ditemukan bahwa

gangguan teknis seperti error sistem E-Klaim, lambatnya akses jaringan, menjadi kendala utama dalam proses pengajuan klaim. Sistem E-Klaim yang seharusnya mendukung efisiensi dan akurasi, dalam praktiknya justru sering mengalami kendala operasional yang berdampak pada tertundanya verifikasi klaim oleh pihak BPJS Kesehatan.

Selain gangguan teknis, kesalahan dalam proses input data akibat kelalaian petugas juga menjadi faktor penyerta. Ketidaktepatan dalam memasukkan nomor peserta, nama pasien, diagnosis, atau tanggal pelayanan menyebabkan klaim ditolak secara otomatis oleh sistem atau membutuhkan waktu tambahan untuk klarifikasi dan revisi. Minimnya pelatihan teknis dan belum adanya tim IT yang secara khusus menangani sistem klaim juga memperparah kondisi ini.

Temuan ini sejalan dengan rumusan masalah keempat dan mendukung hasil dari jurnal Dedy Franata Sinaga (2024) dalam penelitiannya yang menyebutkan bahwa masalah mesin (machine) seperti sistem informasi yang belum optimal dan ketidakterpaduan data menjadi faktor penting dalam tertundanya klaim BPJS Kesehatan. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa masalah teknis merupakan variabel penyebab pending klaim yang krusial dan perlu mendapat perhatian serius dari pihak manajemen klinik maupun BPJS Kesehatan.(46)

Masalah teknis dalam proses klaim BPJS Kesehatan merupakan hambatan yang cukup dominan dan sering terjadi, seperti yang diungkapkan oleh sebagian besar informan dalam penelitian ini. Dalam

era digitalisasi sistem layanan kesehatan, penggunaan platform daring seperti e-Klaim BPJS memang telah mempermudah proses pengajuan klaim. Namun, ketika infrastruktur teknologi yang mendasarinya tidak berjalan secara optimal, justru menimbulkan kendala serius dalam kelancaran pelayanan dan administratif, yang pada akhirnya berdampak pada efisiensi operasional fasilitas kesehatan.

Gangguan sistem e-Klaim kerap terjadi, khususnya menjelang akhir bulan. Pada periode tersebut, beban trafik pada server pusat BPJS meningkat signifikan karena banyaknya fasilitas kesehatan yang mengajukan klaim secara bersamaan. Akibatnya, sistem menjadi lambat (slow response), sering mengalami logout otomatis, hingga terjadi kehilangan data yang telah diinput. Kondisi ini sangat merugikan petugas administrasi, karena mereka harus mengulangi proses input dari awal, yang tidak hanya menyita waktu, tetapi juga meningkatkan risiko kesalahan administratif. selain permasalahan dari sisi sistem pusat BPJS, gangguan jaringan lokal di klinik sering memperparah kondisi.

Sebagaimana juga dipenelitian terbaru Salma Ivana (2025) di RSUD Dr. Soedirman Kebumen. Dalam jurnal tersebut, kendala teknis muncul akibat ketidaksesuaian data, kesalahan input dalam sistem INA-CBG’s, dan ketidaklengkapan bukti pelayanan yang diunggah secara elektronik, sehingga verifikasi oleh BPJS Kesehatan menjadi tertunda dan berkas klaim harus dikembalikan untuk dikoreksi.(48)

Ketika jaringan internet klinik tidak stabil atau terputus, sinkronisasi data ke sistem e-Klaim menjadi terganggu. Dalam beberapa kasus, ketika petugas berhasil mengisi seluruh data, ternyata sistem pusat tidak menerima atau merekam data tersebut karena gangguan koneksi saat proses pengunggahan berlangsung. Hal ini menyebabkan frustrasi di kalangan petugas klaim dan berujung pada penundaan klaim yang tidak dapat dihindari. meskipun tidak melakukan input klaim secara langsung, mengaku sering diminta kembali untuk mengisi ulang resume medis pasien karena file sebelumnya gagal diunggah ke sistem.

Kegiatan ini menambah beban kerja mereka yang pada dasarnya sudah padat dengan pelayanan pasien. Ketika sistem teknis tidak mendukung, pekerjaan menjadi tidak efisien dan berdampak secara sistemik pada keterlambatan proses klaim. Gangguan teknis bukan hanya berdampak pada proses administratif semata, tetapi juga secara langsung memengaruhi pencairan dana dari BPJS Kesehatan yang menjadi sumber pemasukan utama bagi klinik.

Klaim yang tertunda selama beberapa hari atau bahkan berminggu-minggu mengganggu arus kas (cash flow) klinik, yang bisa berdampak lebih lanjut pada keterlambatan pembelian alat medis, pembayaran obat, atau gaji tenaga kesehatan. Hal ini menjadi sangat krusial, terutama bagi fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang memiliki anggaran operasional terbatas, dalam situasi tertentu, klaim bisa tertunda hingga seminggu lebih hanya karena server e-Klaim

mengalami error secara nasional, ditambah kondisi jaringan internet lokal yang lemah. Keadaan ini menyebabkan backlog klaim yang cukup besar, dan menuntut petugas untuk bekerja ekstra keras mengejar tenggat waktu pengajuan.

Secara teori, permasalahan ini selaras dengan konsep manajemen sistem informasi pelayanan kesehatan yang menekankan pentingnya infrastruktur teknologi yang stabil dan responsif dalam mendukung operasional layanan kesehatan. Sistem informasi yang tidak andal akan menghambat proses administrasi, menurunkan kualitas pelayanan, dan memperbesar risiko kegagalan dalam pelaporan klaim secara tepat waktu. Menurut teori ini, ketergantungan pada sistem elektronik harus diimbangi dengan dukungan infrastruktur jaringan yang baik, pelatihan personel yang memadai, serta kesiapan sistem cadangan (backup) untuk menghindari kehilangan data penting.

Dengan adanya kolaborasi teknis yang baik antara fasilitas pelayanan kesehatan dan BPJS Kesehatan, maka diharapkan proses klaim dapat berjalan lebih lancar, efisien, dan dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan prinsip-prinsip sistem informasi kesehatan yang modern dan profesional.

Temuan ini sejalan dengan teori dalam manajemen sistem informasi pelayanan kesehatan, di mana infrastruktur teknologi yang lemah dapat menghambat efisiensi layanan. Sistem informasi yang tidak stabil memperbesar risiko keterlambatan pengajuan klaim dan

memengaruhi cash flow faskes. Hal ini menunjukkan bahwa peningkatan kapasitas jaringan dan perbaikan sistem klaim digital dari BPJS sangat diperlukan, khususnya bagi fasilitas kesehatan tingkat pertama.

Dari seluruh temuan ini, terlihat jelas bahwa masalah teknis bukan hanya persoalan IT semata, tetapi telah menjadi faktor sistemik yang memengaruhi semua aspek pelayanan dan pengelolaan klaim. Oleh karena itu, dibutuhkan upaya dari dua sisi: pertama, dari pihak klinik untuk memperkuat jaringan internet lokal, menyediakan pelatihan bagi petugas, dan memiliki sistem backup data yang terorganisir; kedua, dari pihak BPJS Kesehatan untuk meningkatkan kapasitas server nasional, memperbaiki performa e-Klaim, serta memberikan dukungan teknis yang cepat dan responsif apabila terjadi gangguan.Gangguan pada sistem e-Klaim, seperti error aplikasi, respon sistem yang lambat, serta ketidakstabilan jaringan internet lokal, kerap terjadi terutama saat beban klaim meningkat di akhir bulan. Kondisi ini berdampak pada keterlambatan proses pengunggahan dan verifikasi data klaim.

Selain itu, kesalahan input data oleh petugas, seperti ketidaksesuaian identitas pasien atau rincian layanan, turut memperpanjang proses validasi oleh pihak BPJS. Situasi ini menunjukkan bahwa kendala teknis dalam pengelolaan klaim bersifat sistemik dan melibatkan berbagai aspek operasional, baik dari sisi infrastruktur maupun ketelitian administrasi.

BAB V KESIMPULAN DAN SARAN

A. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian maka di ambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Penyebab ketidaklengkapan dokumen klaim BPJS Kesehatan di Kinik Utama Aisyiyah ‘Sitti Khadijah Parepare’ adalah dokumen pendukung klaim seperti SEP (Surat Eligibilitas Peserta), resume medis, dan hasil penunjang diagnostik.
2. Penyebab kesalahan pengkodean klaim BPJS Kesehatan di Kinik Utama Aisyiyah ‘Sitti Khadijah disebabkan oleh minimnya pelatihan coder, ketidaksesuaian antara kode dan resume medis, serta kurangnya pemahaman terhadap sistem INA-CBG’s.
3. Penyebab proses administratif yang kurang efektif terhadap dokumen klaim BPJS Kesehatan di Kinik Utama Aisyiyah ‘Sitti Khadijah Parepare’ akibat belum optimalnya penerapan SOP, minimnya pelatihan teknis bagi petugas, dan perbedaan persepsi antara petugas klinik dan verifikator BPJS terkait kelengkapan dan kesesuaian dokumen.
4. Penyebab Masalah Teknis dalam Pengajuan dokumen klaim BPJS Kesehatan di Kinik Utama Aisyiyah ‘Sitti Khadijah Parepare’ yaitu gangguan sistem e-Klaim, jaringan internet yang tidak stabil, kesalahan input data, serta keterbatasan keterampilan petugas. Secara keseluruhan, masalah ini merupakan hasil dari kompleksitas faktor internal (SDM, SOP, pelatihan) dan faktor eksternal (regulasi dan sistem BPJS Kesehatan) yang saling terkait.

B. SARAN

Berdasarkan hasil penelitian dan kesimpulan yang diperoleh, maka peneliti menyampaikan beberapa saran berikut:

1. Kepada pihak manjemen klinik agar segera menyusun dan menerapkan SOP yang baku terkait alur pengajuan klaim BPJS, mulai dari tahap pelayanan hingga penginputan akhir ke sistem E-Klaim.
2. Menyediakan pelatihan rutin dan terstruktur bagi petugas klaim, petugas rekam medis, dan tenaga medis mengenai prosedur klaim, pengisian dokumen, serta pengkodean ICD.
3. Menambah tenaga administrasi klaim untuk mengurangi beban kerja dan mencegah keterlambatan akibat penumpukan tugas.
4. Klinik disarankan untuk memastikan ketersediaan koneksi internet yang stabil, perangkat keras yang memadai, serta pembaruan software secara berkala guna mendukung kelancaran proses input dan pengiriman klaim. Apabila gangguan teknis berasal dari sistem pusat seperti e-Klaim BPJS, maka klinik juga perlu aktif berkoordinasi dengan pihak BPJS untuk memperoleh solusi, panduan teknis, dan informasi resmi terkait kendala yang terjadi.

DAFTAR PUSTAKA

1. Ritonga F, Kinanti W, Munthe S, Gurning Pramita F. Analisis Efektivitas Pelayanan Kesehatan Program Bpjs Dalam Meningkatkan Kesejahteraan Masyarakat Di Indonesia. JK J Kesehat. 2024;2(1):12–20.
2. Herlina Muin, Alya Oktavia Sundary, Usman, Nurlinda MM. Manusia Dan Kesehatan Ketenagakerjaan di SPBE PT . Pinrang Gas Pratama Kab . Level of Worker Satisfaction with BPJS Employment Services at SPBE PT . Pinrang Gas Pratama District Pinrang. 2025;8(September 2024):98–108.
3. Lusianti D, Widodo, Mulyana. Mas'uliyah Society Brand Resonance: Enhancing Sustainable Marketing Performance of the National Health Insurance Program. Qubahan Acad J. 2024;4(3):619–37.
4. Santiasih WA, Simanjorang A, Satria B. Analisis Penyebab Pending Klaim Bpjs Kesehatan Rawat Inap Di Rsud Dr.Rm Djoelham Binjai Analysis of Pending Causes of Bpjs Health Claim Installing in Rsud Dr. Rm Djoelham Binjai. J Healthc Technol Med. 2021;7(2):2615–109.
5. Rani Ss. Multidisciplinary Innovations in Education, Commerce and Management Research. 2023.
6. Sri Mulya, Dina Sonia, Daniel Happy Putra, Noor Yulia. Analisis Pending Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi Tahun 2023. Sehat Rakyat J Kesehat Masy. 2024;3(3):140–52.
7. Syahputri FA, Khairani K, Gurning FP, Islam U, Sumatera N, Deli K. Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan. 2024;(October):339–55.
8. Rekam J, Kesehatan I, Saputri FRA, Indira ZN, Fauzi H. Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Jalan Bulan September Tahun 2022 di RS X Analysis of Factors Causing Pending BPJS Outpatient Claim in September 2022 at X Hospital. 2022;2(1):12–9.
9. Asiva Noor Rachmayani. Gambaran Penyebab Pending Klaim Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Pasien Rawat Inap Rumah Sakit X. 2023;6.
10. Amran R. Prosedur BPJS dan Klaim BPJS oleh Rumah Sakit. Heal Med J. 2023;5(2):147–54.
11. Salamah EN, Ulinnnuha N. Analisis Pola Pembelian Obat dan Alat Kesehatan di Klinik Ibu dan Anak Graha Amani dengan Menggunakan Algoritma Apriori. Inf J Ilm Bid Teknol Inf dan Komun. 2017;2(1):1–6.
12. Haniarti ,Andi Arna Septianjani, Makhrajani Majid, Rasidah Wahyuni FU. Manusia dan Kesehatan Analisis Beban Kerja Terhadap Kinerja Perawat di Rumah Sakit Analysis Of Workload On Nurse Perfomance At Dr . Hasri Ainun Habibie Hospital In Parepare City. 2024;7(September):415–26.
13. Alim MC, Indar I, Harniati H. Faktor Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Klinik Engsar Polewali Mandar. J Ners. 2023;7(2):829–36.
14. Purba DS, Purba SH, Pane JM. Analisis Manfaat Penerapan Sistem Informasi Kesehatan dalam Pengolahan Data Pasien di Klinik. 2025;3.
15. Herlina MuinAde Erwini Wulandari, Usman, Rasidah Wahyuni Sari MM.

MANUSIA DAN KESEHATAN The Influence of Competence and Compensation on the Hospital , Parepare City. 2025;8(September 2024):80–9.
16. Yuditia A, Hidayat Y, Achmad S. Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional Oleh Bpjs Berdasarkan Undang-Undang No.40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. J Magister Ilmu Huk. 2021;6(1):43.
17. Ramadanis N, Yuliza WT. Analisis Pelaksanaan Prosedur Klaim Rumah Sakit Pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Cabang X. 2024;8(2):394–402.
18. Muniroh L, Reddy C, Purnawita W, Rahayu WP, Nurjanah S, RI K. Undang Undang RI Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Vol. 53. 2011. 167–169 p.
19. RI. Undang Undang RI Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Vol. 30, Metallurgical and Materials Transactions A. 2004. 2221 p.
20. Peraturan Presiden. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan. Undang-Undang. 2018;(1):1–74.
21. Harahap A, Kusuma N, Wulandari N, Gurning F. Analisis Pemanfaatan Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Indonesia: Literature Review Jurnal Kesehatan dan Teknologi Medis (JKTM). 2024;06(03):137–67.
22. Isnaeni Ayuningtias. Analisis Kepuasan Pengguna Asuransi kesehatan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS Kesehatan) dab PerbandinganNya dengan Asuransi Swasta Di Kabupaten Kuningan. Fak Huk Univ Kuningan. 2024;1(1).
23. Masyarakat P, Terhadap P, Asuransi M, Di K, Aceh B, Balqis P, et al. TeJoS: Teewan Journal Solutions. Publ Teewan J Solut. 2023;0(0):14–8.
24. Syarifuddin Yusuf, Usman, Aisyiyah RSU, Khadijah ST. ANALISIS KERUGIAN EKONOMI AKIBAT RAWAT INAP PASIEN USIA Analysis of Economic Losses Due to Inpatient Productive Age Patients with BPJS Users at ‘ Aisyiyah St . Khadijah Hospital , Pinrang Regency. 2022;5(1).
25. Tarigan IN, Lestari FD. Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia, Penundaan Pembayaran Klaim Jaminan Kesehatan Nasional Oleh BPJS Kesehatan Di Indonesia; Sebuah Scoping Review Kesehatan Nasional Oleh BPJS Kesehatan Di Indonesia; Sebuah Scoping Review. 2022;7(2).
26. Pramana P, Chairunnisa Widya Priastuty. Perspektif Masyarakat Pengguna BPJS Kesehatan mengenai Kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS). J Jaminan Kesehat Nas. 2023;3(1):30–41.
27. Jetslin Simbolon, Selviani Damayanti Sipayung. Analisis Kualitas Pengelolaan Mutu Pelayanan Pendaftaran Pasien di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan. SEHATMAS J Ilm Kesehat Masy. 2022;1(4):591–9.
28. Subagyo SP, Kes MM. Pedoman Perawatan Orang Sakit Di Fasilitas Kesehatan Rawat Inap. … .Poltekkesdepkes-Sby.Ac.Id.
29. Effendi A, Yetti H, Semiarty R. Analisis Kepuasan Pasien Rawat Inap di Salah Satu RSUD Kabupaten Pesisir Selatan. J Manaj Kesehat.

2024;12(1):98–108.
30. Rosita NPI. Strategi Manajemen Rumah Sakit Dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan Pasien. J Abdi Mahosada. 2023;1(2):28–35.
31. Mursyid H, Rahayub S, Koloic VS. A Scoping Review: Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di Rumah Sakit. J Rekam Medis dan Inf Kesehat. 2023;6(1):22–35.
32. Ummah MS. Analisa Data tidak Layak Hasil Pengajuan Berkas Klaim Pasien Rawat Inap Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan di RSU PKU Muhammadiyah Bantul Periode tahun 2019. Sustain. 2021;11(1):1–14.
33. Farhansyah F, Cahyani H, Amanda J. Faktor Penyebab Pending Klaim Berkas BPJS Kesehatan. 2024;5(September):8712–22.
34. Triatmaja AB, Wijayanti RA, Nuraini N. Tinjauan Penyebab Klaim Pending Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Bpjs) Kesehatan Di Rsu Haji Surabaya. J-REMI J Rekam Med dan Inf Kesehat. 2022;3(2):131–8.
35. Maulida ES, Djunawan A. Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga. Media Kesehat Masy Indones. 2022;21(6):374–9.
36. Fitriana R. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional. Procedia Manuf. 2022;1(22 Jan):1–17.
37. Hardani, Helmina Andriani, Jumari Ustiawaty, Evi Fatmi Utami, Ria Rahmatul Istiqomah, Roushandy Asri Fardani, Dhika Juliana Sukmana NHA. Buku Metode Penelitian Kualitatif. Vol. 5, Revista Brasileira de Linguística Aplicada. 2020. 1–197 p.
38. Santiasih WA dkk. Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan. J Healthc Technol Med. 2021;7(2):1381–94.
39. Bella CR, Pratama A, Abidin AZ. Gambaran Penyebab Pending Claim BPJS Kesehatan Akibat Ketidaktepatan Kode Diagnosis di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret (UNS). 2024;3(2):7–17.
40. Valentina, Mita Sari, Sandika TW. Tinjauan Penolakan Pada Klaim Pasien BPJS Kesehatan di RSUD Tanjung Pura. J Ilm Perekam dan Inf Kesehat Imelda. 2022;7(1):65–72.
41. Larasty G, Farhansyah F, Anisa D 2023. Analisis Penyebab Pending Klaim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit X. 2023;2(02):384–98.
42. Ariyanti F, Gifari MT. Analisis Persetujuan Klaim BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Inap. J Ilmu Kesehat Masy. 2024;8(04):156–66.
43. Menunjang G, Pengklaiman K. Analysis of the causes of pending BPJS health claims for inpatients. :117–25.
44. Salima NIF, Zein ER. Analisis Faktor Penyebab Terjadinya Klaim Pending Pasien Rawat Inap Bpjs Kesehatan Di Rumah Sakit Tentara Dr. Soepraoen Tahun 2023. J Inf Kesehat Indones. 2020;9(2):1–23.
45. Kemenkes R.I. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem INA CBGs. 2014;
46. Sinaga DF. Faktor-Faktor Penyebab Klaim Pending Pasien Rawat Inap Pada Pengklaiman BPJS Di RSU Imelda Pekerja Indonesia Medan Tahun 2023.

2024;1(2):58–67.
47. Simbolon F. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Pending Klaim Rawat Inap: Literatur Review. J Keperawatan dan Kesehat. 2023;14(1):72–8.
48. Ivana S, Romodon D, Hakim AO, Al LF. Analisis Kategori Penyebab Klaim Pending BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Jalan di RSUD Dr . Soedirman Kebumen. 2025;10(1):47–58.