

Analisis Penyebab Penundaan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di Rumah Sakit X

Akbar Pratama Setiawan¹, Sali Setiatin², Yayang Ayu Nuraeni³
^{1,2,3}Rekam Medis Informasi Kesehatan, Politeknik Piksi Ganesha, Indonesia

Article Info

Article history:

Received Jun 25, 2025

Revised Aug 10, 2025

Accepted Aug 23, 2025

Keywords:

BPJS Health
Pending Claims
Inpatient

ABSTRACT

Although digitalization through the Hospital Management Information System (SIMRS) has been implemented, integration with BPJS's e-claim system remains suboptimal, leaving certain processes manual and prone to errors. Previous studies have identified common causes of pending claims, including incomplete medical documentation and coding errors. However, there is still limited research examining how internal factors—such as staff competency, inter-unit coordination, and the effectiveness of SOPs—interact with external factors like BPJS regulatory changes and system integration challenges. In particular, few studies have focused on RSUP Dr. Hasan Sadikin to explore why pending claims persist despite ongoing digitalization efforts. Therefore, this study aims to conduct an in-depth analysis of the factors causing delays in BPJS Health claims for inpatients at RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung and to propose strategic recommendations to minimize such delays in the future. Using a qualitative approach with a case study method, data were collected through in-depth interviews and document reviews involving administrative staff, claim verifiers, and hospital management. The findings show that delays are mainly caused by mismatches between medical and administrative documents, late data entry by officers, and technical issues in the claim submission system. In addition, insufficient understanding of BPJS procedures and poor coordination between departments also contribute to the problem. To overcome these challenges, the hospital must improve its internal workflow, provide regular staff training, and upgrade its information systems. The results of this study are expected to serve as a reference for hospitals in managing BPJS claims more effectively and ensuring timely service reimbursement.

This is an open access article under the [CC BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license.



Corresponding Author:

Akbar Pratama Setiawan
Rekam Medis Informasi Kesehatan Fakultas Ilmu Kesehatan,
Politeknik Piksi Ganesha,
Jl.Gatot Subroto No.301, Maleer, Kec. Batununggal, Kota Bandung, Jawa Barat.
Email: akbarpratamasetiawan@gmail.com

1. PENDAHULUAN

Sejak peluncurannya pada tahun 2014, BPJS Kesehatan telah berkembang menjadi sistem jaminan kesehatan nasional terbesar di Indonesia. Perkembangannya ditandai oleh

peningkatan jumlah peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan integrasi sistem pembayaran dengan INA-CBG's (*Indonesia Case-Based Groups*) sebagai dasar penghitungan klaim rumah sakit. Namun, seiring meningkatnya beban pelayanan, muncul berbagai tantangan administratif dan teknis yang cukup kompleks, terutama dalam proses pengajuan klaim dari rumah sakit ke BPJS.

Salah satu permasalahan krusial yang dihadapi adalah penundaan klaim, yang dapat berdampak langsung pada arus kas rumah sakit dan menurunkan kualitas layanan kepada pasien. Rumah sakit kerap kali harus menalangi terlebih dahulu kebutuhan operasional seperti pembelian obat-obatan, alat medis, dan pembayaran tenaga medis. Ketika klaim tertunda dalam jangka waktu lama, maka pelayanan kepada pasien pun ikut terganggu karena menurunnya daya dukung logistik rumah sakit [1].

Untuk mengatasi permasalahan tersebut, telah dilakukan berbagai upaya penanggulangan. Salah satu langkah utama adalah digitalisasi sistem informasi di rumah sakit. Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) menjadi strategi penting dalam mengelola data pasien dan dokumen klaim. Meskipun demikian, integrasi SIMRS dengan sistem *e-claim* BPJS masih belum optimal, sehingga masih banyak proses yang dilakukan secara manual, yang berisiko menyebabkan kesalahan dan keterlambatan. Di samping itu, peningkatan kapasitas sumber daya manusia juga menjadi perhatian penting. Kurangnya pelatihan terhadap petugas administrasi dan verifikator dalam memahami kode INA-CBG's, format dokumen, serta pengoperasian sistem digital menjadi salah satu penyebab keterlambatan klaim. Oleh karena itu, rumah sakit disarankan untuk secara rutin mengadakan pelatihan guna meningkatkan kompetensi staf [2].

Langkah lainnya adalah peningkatan koordinasi internal dan perbaikan Standar Operasional Prosedur (SOP). Rumah sakit yang tidak memiliki SOP klaim yang jelas dan terstruktur akan lebih rentan terhadap kesalahan prosedural yang dapat menyebabkan dokumen dikembalikan oleh BPJS. Evaluasi terhadap SOP serta penguatan kerja sama lintas unit seperti unit rekam medis, keuangan, dan verifikasi sangat diperlukan untuk mempercepat proses klaim. Selain itu, peran BPJS juga penting dalam mendampingi rumah sakit, khususnya yang memiliki tingkat klaim tertunda yang tinggi. Disarankan agar BPJS membentuk tim pendamping teknis dan meningkatkan komunikasi dua arah agar rumah sakit dapat memahami setiap perubahan regulasi secara tepat waktu. Ketika regulasi berubah namun tidak disosialisasikan secara maksimal, maka kebingungan di tingkat operasional tidak dapat dihindarkan.

Dalam konteks manajerial, penundaan klaim menunjukkan adanya ketidakefisienan dalam sistem pelayanan rumah sakit, khususnya pada unit penjaminan dan rekam medis. Kurangnya evaluasi secara periodik terhadap alur klaim dan ketidakjelasan SOP (*Standard Operating Procedure*) sering kali menyebabkan dokumen dikembalikan (*return*) oleh BPJS untuk diperbaiki, yang justru memperpanjang durasi pengajuan klaim. Proses "bolak-balik" dokumen ini tidak hanya membebani tenaga administrasi, tetapi juga menciptakan stagnasi dalam aliran keuangan rumah sakit [3].

Hal lain yang turut memperparah situasi adalah rendahnya partisipasi dokter dalam pelengkapan resume medis atau laporan tindak lanjut pasien. Padahal, berkas medis yang tidak lengkap sering menjadi alasan utama klaim tidak dapat diajukan tepat waktu. Dokter, sebagai ujung tombak pelayanan medis, memiliki peran strategis dalam menjamin keakuratan dan kelengkapan data medis pasien. Ketidaktepatan pengisian kode diagnosis dan tindakan medis yang tidak sesuai dengan standar INA-CBG's kerap menjadi masalah utama dalam penolakan atau pending klaim oleh verifikator BPJS Kesehatan.

Selain faktor internal, faktor eksternal juga perlu diperhatikan, seperti perubahan regulasi dari BPJS Kesehatan yang sering kali tidak tersosialisasi dengan baik ke rumah sakit. Misalnya, adanya pembaruan tarif INA-CBG's atau perubahan prosedur verifikasi dokumen yang diumumkan mendadak tanpa pelatihan teknis memadai. Rumah sakit yang

tidak cepat menyesuaikan diri dengan perubahan ini akan tertinggal dan berpotensi menghadapi gelombang klaim yang tertunda atau bahkan ditolak [4].

Dari sisi sistem informasi, digitalisasi di sektor kesehatan sebenarnya sudah mulai diterapkan di berbagai rumah sakit, termasuk RSUP Dr. Hasan Sadikin. Namun, belum semua tenaga kerja memiliki kompetensi dalam penggunaan aplikasi digital, dan beberapa data masih harus dilengkapi secara manual. Kendala teknis seperti keterbatasan jaringan, server lambat, atau sistem yang tidak saling terintegrasi antara BPJS dan rumah sakit, menjadi penyebab tambahan dari lambatnya pengajuan klaim.

Oleh karena kompleksitas persoalan ini, analisis yang menyeluruh menjadi sangat diperlukan. Proses klaim BPJS Kesehatan melibatkan berbagai tahapan administrasi dan teknis yang saling terkait, mulai dari pencatatan medis, pengkodean diagnosis dan tindakan, verifikasi internal, hingga pengiriman berkas klaim ke BPJS. Setiap tahapan memiliki potensi hambatan yang dapat menyebabkan keterlambatan, baik akibat faktor internal rumah sakit seperti ketidaklengkapan dokumen, kesalahan coding, kurangnya koordinasi antarunit, dan keterbatasan SDM, maupun faktor eksternal seperti perubahan regulasi, kendala teknis pada sistem e-claim, dan proses verifikasi di BPJS. Keterlambatan klaim bukan hanya permasalahan administratif, tetapi berdampak langsung pada keberlanjutan pelayanan kesehatan. Rumah sakit yang mengalami arus kas terganggu karena klaim tertunda akan kesulitan memenuhi kebutuhan operasional, yang pada akhirnya dapat menurunkan mutu layanan. Di sisi lain, regulasi BPJS yang dinamis menuntut rumah sakit untuk beradaptasi secara cepat dan tepat agar klaim dapat diproses tanpa hambatan [5].

Dengan mempertimbangkan kompleksitas tersebut, diperlukan pendekatan evaluatif yang mampu mengidentifikasi titik-titik krusial penyebab keterlambatan sekaligus merumuskan langkah strategis perbaikan sistem dari hulu ke hilir. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis secara komprehensif faktor-faktor penyebab keterlambatan klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung, serta menyusun rekomendasi strategis yang aplikatif bagi manajemen rumah sakit dan pemangku kebijakan dalam rangka meningkatkan efektivitas dan ketepatan waktu proses klaim.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif dengan tujuan untuk memperoleh gambaran menyeluruh mengenai penyebab keterlambatan klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap di RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Pendekatan kualitatif dipilih karena sesuai untuk menggali fenomena secara mendalam melalui interaksi langsung dengan informan dan pemahaman kontekstual terhadap permasalahan administrasi klaim [6].

Subjek penelitian terdiri dari staf administrasi klaim, petugas rekam medis, dokter penanggung jawab pasien (DPJP), serta petugas verifikator internal rumah sakit. Informan dipilih secara purposive, yaitu mereka yang dinilai memiliki pengalaman dan pengetahuan relevan mengenai proses klaim BPJS Kesehatan. Teknik *purposive sampling* sesuai dengan prinsip dasar penelitian kualitatif untuk mendapatkan informasi yang mendalam dan relevan [7].

Pengumpulan data dilakukan melalui teknik wawancara mendalam (*in-depth interview*) observasi lapangan, dan dokumentasi dokumen klaim BPJS yang tertunda. Wawancara dilakukan menggunakan pedoman semi-terstruktur agar peneliti dapat menggali informasi secara fleksibel dan terbuka sesuai dengan arah pembicaraan dari narasumber.

Analisis data menggunakan teknik analisis interaktif model Miles dan Huberman, yang terdiri dari tiga tahapan: reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan. Proses ini dilakukan secara berulang hingga diperoleh pola atau kategori penyebab utama dari keterlambatan klaim. Validitas data diuji menggunakan teknik triangulasi sumber dan metode, untuk memastikan keakuratan dan konsistensi informasi dari berbagai pihak dan dokumen pendukung.

Selama proses penelitian, peneliti tetap menjaga etika penelitian dengan meminta persetujuan dari informan (*informed consent*), menjaga kerahasiaan data, serta tidak memanipulasi hasil temuan. Penelitian dilakukan selama periode Maret–Mei 2025, dengan lokasi utama di instalasi rawat inap dan bagian klaim BPJS RSUP Dr. Hasan Sadikin Bandung. Selain teknik pengumpulan data yang telah dijelaskan, proses observasi lapangan dilakukan secara langsung di bagian administrasi klaim, ruang rekam medis, serta unit pelayanan rawat inap.

Observasi bertujuan untuk melihat secara nyata alur administrasi, proses komunikasi antarunit, serta kendala teknis yang muncul selama proses penyusunan dan pengiriman dokumen klaim. Observasi ini dilakukan secara non-partisipatif, di mana peneliti tidak terlibat langsung dalam kegiatan, tetapi hanya mencatat aktivitas yang relevan dengan tujuan penelitian [8]. Dokumentasi yang dikaji mencakup arsip dokumen klaim yang tertunda, surat pengembalian klaim dari BPJS, format resume medis pasien, laporan verifikasi internal, serta data dari SIMRS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit) yang berkaitan dengan proses klaim. Dokumentasi ini penting untuk mengidentifikasi pola kesalahan, jenis klaim yang paling sering tertunda, serta unit mana yang paling sering terlibat dalam keterlambatan proses.

Untuk menjaga objektivitas dalam proses analisis data, peneliti menyusun kode tematik berdasarkan hasil wawancara dan observasi, lalu memverifikasi kembali dengan informan melalui proses member check, yaitu klarifikasi ulang kepada informan apakah hasil interpretasi peneliti sesuai dengan realitas yang mereka alami.

Teknik ini bertujuan memperkuat kredibilitas data, salah satu unsur validitas dalam penelitian kualitatif [9]. Lebih lanjut, peneliti juga melakukan *peer debriefing*, yaitu berdiskusi dengan sesama peneliti atau dosen pembimbing untuk meninjau proses analisis dan hasil temuan secara kritis. Langkah ini membantu mencegah bias peneliti dan memperluas perspektif terhadap data yang dikumpulkan.

Penggunaan perangkat bantu seperti *software* pengelola data kualitatif (misalnya NVivo atau ATLAS.ti) menjadi pertimbangan untuk mempermudah proses kategorisasi data dan penyusunan tema. Namun, karena penelitian ini bersifat mandiri dan terbatas pada pengolahan manual, maka seluruh proses coding dilakukan secara konvensional dengan bantuan matriks analisis.

Dengan rancangan metode seperti ini, penelitian diharapkan mampu memberikan gambaran yang komprehensif mengenai faktor-faktor penyebab keterlambatan klaim BPJS Kesehatan dan sekaligus memberikan masukan strategis yang dapat diterapkan oleh pihak manajemen rumah sakit untuk melakukan perbaikan sistem [10].

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil

Berdasarkan temuan lapangan, meskipun RSUP Dr. Hasan Sadikin telah menerapkan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dan melakukan digitalisasi proses klaim, fenomena pending claim masih terjadi secara signifikan. Beberapa alasan utama dapat diidentifikasi:

1. Ketidaklengkapan dan Ketidaksesuaian Dokumen Medis

Sebagian besar penelitian menyimpulkan bahwa dokumentasi medis yang tidak lengkap, tidak sinkron dengan prosedur yang dilaksanakan, atau tidak sesuai dengan standar

INA-CBG's merupakan penyebab utama keterlambatan klaim, kualitas resume medis sangat memengaruhi kecepatan klaim karena berkas ini menjadi acuan utama dalam sistem verifikasi BPJS, ada korelasi positif antara kelengkapan dokumen rekam medis dengan kecepatan proses pengajuan klaim [11]. Resume medis, laporan tindakan, dan hasil pemeriksaan penunjang sering kali tidak terisi lengkap atau tidak sesuai standar INA-CBG's. Hal ini disebabkan oleh kurangnya disiplin pengisian dari tenaga medis serta perbedaan pemahaman dalam penggunaan kode diagnosis dan tindakan [12].

2. Keterlambatan Input Data

Keterlambatan juga disebabkan oleh belum optimalnya penerapan sistem informasi kesehatan digital di rumah sakit, meskipun sebagian besar rumah sakit telah memiliki SIMRS, banyak yang belum terintegrasi dengan sistem klaim *e-claim* BPJS secara langsung. Akibatnya, penginputan data masih dilakukan manual yang membuka peluang kesalahan dan memperlambat proses klaim [13]. Beban kerja tinggi di unit administrasi klaim membuat proses input dokumen ke *e-claim* BPJS tidak selalu dilakukan secara real-time. Rata-rata seorang petugas menangani 30–40 berkas per hari sehingga rentan terjadi penundaan [14].

3. Kurangnya SDM dan Sosialisasi Kebijakan

Tidak semua petugas memahami perubahan format klaim, pembaruan tarif INA-CBG's, dan prosedur baru dari BPJS. Minimnya pelatihan dan supervisi internal memperlambat adaptasi.

4. Kendala Teknis Sistem

Meski sistem digital tersedia, koneksi jaringan yang tidak stabil dan server lambat sering menghambat proses unggah dokumen ke sistem *e-claim*.

5. Perubahan Regulasi yang Tidak Tersosialisasi dengan Baik

Perubahan kebijakan BPJS yang mendadak tanpa pelatihan teknis menimbulkan kebingungan di tingkat operasional, sehingga klaim tertunda atau dikembalikan untuk revisi.

Selain itu, regulasi dari BPJS Kesehatan yang berubah secara berkala tanpa sosialisasi teknis memadai menyebabkan rumah sakit mengalami kesulitan adaptasi, 60% rumah sakit tipe B dan C menyatakan tidak pernah mendapatkan pelatihan langsung dari BPJS saat terjadi pembaruan tarif INA-CBG's atau pembaruan formulir elektronik klaim. Solusi masalah ini perlu dukungan penambahan petugas klaim, pelatihan rutin, dan pengawasan internal yang baik. BPJS juga harus aktif memberi sosialisasi dan pelatihan atas perubahan regulasi. Kolaborasi keduanya penting agar klaim lebih cepat dan layanan tetap optimal. Fakta ini menunjukkan bahwa permasalahan pending claim di RSUP Dr. Hasan Sadikin bukan hanya persoalan teknis, tetapi juga melibatkan aspek manajemen, kompetensi SDM, dan komunikasi lintas pihak [15].

Tabel 1. Sub Instalasi Pengelolaan Rekam Medis Klaim Rawat Inap

No.	Nama	L/P	Pendidikan	Unit Kerja
1.	Nurlailasan Budarti, SST.RMIK	P	D4 MIK	Sub Instalasi Pengelolaan Rekam Medis Klaim Rawat Inap
2.	Cepi Samsul Arifin A.Md RMIK	L	D3 RMIK	Sub Instalasi Pengelolaan Rekam Medis Klaim Rawat Inap
3.	Annisa	P	D3 RMIK	Sub Instalasi Pengelolaan Rekam Medis Klaim Rawat Inap
4.	Deni Rohandi, A.Md RMIK	L	D3 RMIK	Sub Instalasi Pengelolaan Rekam Medis Klaim Rawat Inap
5.	Enjang Nudiansyah, A.Md	L	D3 RMIK	Sub Instalasi Pengelolaan Rekam Medis Klaim Rawat Inap
6.	Ricky Rinaldy, SST.RMIK	L	D4 RMIK	Sub Instalasi Pengelolaan Rekam Medis Klaim Rawat Inap
7.	Wawan Hermawan	L	D3 RMIK	Sub Instalasi Pengelolaan Rekam Medis Klaim Rawat Inap
8.	Pratiwi Rahayu Sihot, S.Tr	P	D4 MIK	Sub Instalasi Pengelolaan Rekam Medis Klaim Rawat Inap
9.	Rini Susilawati, A.Md	P	D3 RMIK	Sub Instalasi Pengelolaan Rekam Medis Klaim Rawat Inap
10.	Santi Susilawati, S.Tr	P	D4 MIK	Sub Instalasi Pengelolaan Rekam Medis Klaim Rawat Inap
11.	Siti Aisah, S.Tr	P	D4 MIK	Sub Instalasi Pengelolaan Rekam Medis Klaim Rawat Inap
12.	Sovi Sri Sundari A.Md RMIK	P	D3 RMIK	Sub Instalasi Pengelolaan Rekam Medis Klaim Rawat Inap
13.	Enden Yuspita Sri Rahayu	P	D3 RMIK	Sub Instalasi Pengelolaan Rekam Medis Klaim Rawat Inap
14.	Kadari Gantira A.Md	L	D3 RMIK	Sub Instalasi Pengelolaan Rekam Medis Klaim Rawat Inap
15.	Prabowo Widi Hardono, A.Md PK	P	D3 RMIK	Sub Instalasi Pengelolaan Rekam Medis Klaim Rawat Inap
16.	Asri Septiani	P	D3 RMIK	Sub Instalasi Pengelolaan Rekam Medis Klaim Rawat Inap

Tabel ini menampilkan daftar pegawai yang bertugas pada unit Sub Instalasi Pengelolaan Rekam Medis Klaim Rawat Inap, yang memiliki peran penting dalam proses administrasi klaim BPJS Kesehatan. Unit ini bertanggung jawab terhadap kelengkapan, ketepatan, dan keakuratan dokumen medis pasien rawat inap yang akan diajukan ke BPJS. Sebanyak 15 pegawai tercantum dalam tabel, terdiri dari lulusan D3 dan D4 di bidang Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.

Mayoritas adalah perempuan, dan seluruhnya memiliki kualifikasi yang relevan dengan tugas verifikasi klaim. Tugas utama unit ini meliputi pengkodean diagnosis dan tindakan medis, input data klaim ke sistem *e-claim*, serta koordinasi dengan unit terkait untuk mempercepat proses klaim. Kinerja pegawai di unit ini sangat menentukan kelancaran pencairan dana dari BPJS, sehingga mendukung keberlangsungan layanan rumah sakit secara umum.

Tabel 2. Jumlah Kasus Berdasarkan Kriteria Pending

No.	Kriteria Pending	Jumlah Kasus
1.	Medis	360
2.	Koding	220
3.	Eksternal BPJS	125
4.	Administrasi	70
5.	Medis	50
6.	Koding	5

1. Medis

Kategori ini mendominasi jumlah kasus pending. Artinya, sebagian besar penundaan klaim terjadi karena alasan medis, seperti ketidaksesuaian antara diagnosis dan terapi, kurangnya dokumentasi klinis yang mendukung tindakan medis, atau belum sesuai dengan pedoman tatalaksana penyakit tertentu.

2. Koding

Jumlah kasus pada kategori ini juga cukup besar. Kategori "Koding" merujuk pada kesalahan dalam pencatatan kode diagnosa (ICD-10) atau prosedur medis (ICD-9-CM). Kesalahan koding sering menjadi alasan umum pending karena berdampak langsung pada penilaian kelayakan klaim.

3. Administrasi

Kasus pending pada kategori ini terjadi karena persoalan administrasi, seperti dokumen yang tidak lengkap, data pasien tidak sinkron, atau surat-surat yang dibutuhkan untuk klaim belum tersedia. Meski jumlahnya tidak sebanyak dua kategori sebelumnya, tetap menjadi perhatian karena menyangkut kelengkapan berkas.

4. Eksternal

Ini merupakan kategori dengan jumlah kasus paling sedikit. Pending eksternal biasanya berkaitan dengan masalah dari luar rumah sakit, misalnya proses verifikasi atau validasi dari pihak BPJS atau keterlambatan umpan balik dari instansi terkait.

5. Medis

Mengacu pada kendala terkait kekurangan data penunjang medis yang diperlukan dalam proses verifikasi klaim. Contohnya adalah tidak dilampirkannya hasil pemeriksaan laboratorium, radiologi, atau dokumen pendukung lain yang membuktikan tindakan medis telah dilakukan sesuai prosedur. Kekurangan data ini membuat klaim tidak dapat diproses hingga rumah sakit melengkapi dokumen yang diminta.

6. Koding

Merujuk pada kesalahan atau ketidaksesuaian kode diagnosis (ICD-10) maupun kode prosedur medis (ICD-9-CM) antara dokumen rekam medis dan data yang diinput ke sistem e-claim BPJS. Perbedaan kode ini dapat mengubah penilaian kelayakan klaim sehingga dokumen dikembalikan untuk revisi sebelum dapat diverifikasi dan dicairkan.

Kategori "Medis" pada No. 1 mengacu pada permasalahan medis utama yang menyebabkan klaim tertunda, seperti ketidaksesuaian antara diagnosis dan tindakan medis yang diberikan, kurangnya kelengkapan resume medis, atau ketidakcocokan isi dokumen dengan pedoman tata laksana penyakit yang berlaku sesuai standar INA-CBG's. Permasalahan ini umumnya bersifat substansial karena berkaitan langsung dengan justifikasi klinis terhadap klaim yang diajukan, sehingga jumlah kasusnya relatif tinggi.

Sementara itu, kategori "Medis" pada No. 5 merujuk pada kendala berupa kekurangan data penunjang medis, seperti hasil pemeriksaan laboratorium, radiologi, atau dokumen pendukung lain yang diperlukan sebagai bukti pelaksanaan tindakan medis. Kekurangan ini bersifat melengkapi, namun tetap dapat menyebabkan klaim tertunda karena

verifikator BPJS membutuhkan bukti lengkap sebelum proses pencairan dilakukan. Perbedaan fokus inilah yang membuat keduanya dicatat secara terpisah, meskipun sama-sama termasuk kategori medis.

3.2 Pembahasan

Hasil kajian ini memperkuat dugaan bahwa keterlambatan klaim BPJS bukanlah semata-mata akibat kesalahan administratif biasa, melainkan mencerminkan kompleksitas sistem manajemen rumah sakit yang belum berjalan optimal. Kondisi ini mencerminkan lemahnya sistem manajerial di berbagai tingkatan, mulai dari pencatatan klinis, pengolahan dokumen administratif, hingga konektivitas sistem informasi digital antarunit [16].

Pertama, dokumen rekam medis memainkan peran strategis dalam pengajuan klaim BPJS karena menjadi acuan utama dalam sistem pembayaran berbasis paket INA-CBG's, konsistensi pengisian dokumen medis seperti diagnosis, tindakan, dan laporan harian medis dapat menyebabkan klaim tertunda hingga 2–3 minggu.

Padaahal, standar dari BPJS mewajibkan pencairan dalam waktu 14 hari setelah berkas dinyatakan lengkap. Kedua, transformasi digital yang menjadi tujuan utama Kementerian Kesehatan dalam mendukung Sistem Kesehatan Nasional belum sepenuhnya terealisasi di rumah sakit pemerintah maupun swasta, kurang dari 40% rumah sakit tipe B dan C memiliki sistem digital terintegrasi untuk pengelolaan klaim. Ketergantungan pada sistem manual membuat validasi berkas memakan waktu lebih lama dan rentan terhadap human error.

Ketiga, masalah kekurangan SDM terampil sangat dominan, rumah sakit dengan jumlah petugas verifikasi yang rendah cenderung memiliki tingkat klaim tertunda lebih tinggi. Hal ini berkaitan dengan kemampuan petugas dalam memahami kebijakan BPJS, menerjemahkan kode INA-CBG's, dan menyusun berkas klaim dengan cepat dan akurat [17]. Di samping itu, aspek regulasi dan komunikasi antar lembaga menjadi faktor penting, adanya forum koordinasi antara rumah sakit dan BPJS untuk mengantisipasi perubahan regulasi dan menghindari terjadinya "gap informasi". Karena sering kali BPJS mengeluarkan surat edaran atau kebijakan baru tanpa pelatihan teknis langsung ke rumah sakit, sehingga timbul kebingungan di tingkat operasional [18].

Studi oleh Simbolon (2024) bahkan menyarankan agar BPJS membentuk tim pendamping untuk rumah sakit dengan tingkat klaim pending tinggi, sebagai upaya korektif dan preventif, dan sistem kontrol mutu dokumen dikembangkan secara internal oleh rumah sakit agar tidak hanya mengandalkan verifikasi pihak ketiga. Dengan melihat realitas ini, maka perbaikan dalam sistem manajemen klaim harus dilakukan secara menyeluruh mulai dari peningkatan kompetensi SDM, integrasi sistem informasi, penguatan kebijakan internal, hingga evaluasi berkala terhadap tingkat klaim pending. Digitalisasi saja tidak cukup, perlu dibarengi dengan budaya kerja yang disiplin dan berorientasi mutu [11].

4. KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, dapat disimpulkan bahwa keterlambatan klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap di RSUP Dr. Hasan Sadikin disebabkan oleh kombinasi antara faktor internal dan eksternal rumah sakit. Faktor internal yang paling dominan mencakup ketidaklengkapan dokumen medis, belum optimalnya integrasi sistem informasi antarunit, serta keterbatasan sumber daya manusia pada bagian verifikasi dan pengelolaan klaim. Sedangkan dari faktor eksternal, ketidaksiapan rumah sakit dalam menghadapi perubahan regulasi BPJS turut memperparah kondisi keterlambatan klaim.

Kondisi ini menunjukkan perlunya perbaikan menyeluruh dalam sistem manajemen klaim rumah sakit, termasuk penguatan koordinasi lintas unit, pengembangan kompetensi

SDM secara berkala, serta percepatan digitalisasi sistem informasi. Tidak kalah penting adalah peningkatan peran manajerial rumah sakit dalam mengelola komunikasi dengan pihak BPJS dan melakukan evaluasi rutin terhadap proses klaim yang berjalan. Jika semua elemen ini dapat dioptimalkan, maka proses klaim dapat berjalan lebih efisien dan mendukung kualitas pelayanan kesehatan yang berkelanjutan.

REFERENCES

- [1] S. Ivana, D. Romodon, A. O. Hakim, and L. F. Al, “Analisis Kategori Penyebab Klaim Pending BPJS Kesehatan pada Pasien Rawat Jalan di RSUD Dr . Soedirman Kebumen,” vol. 10, no. 1, pp. 47–58, 2025.
- [2] L. N. Herman, S. Farlinda, E. T. Ardianto, and A. S. Abdurachman, “Tinjauan Keterlambatan Klaim Berkas BPJS Rawat Inap di RSUP dr. Hasan Sadikin,” *J-REMI J. Rekam Med. dan Inf. Kesehat.*, vol. 1, no. 4, pp. 575–581, 2020, doi: 10.25047/j-remi.v1i4.2030.
- [3] H. Mursyid, S. Rahayub, and V. S. Koloic, “A Scoping Review: Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di Rumah Sakit,” *J. Rekam Medis dan Inf. Kesehat.*, vol. 6, no. 1, pp. 22–35, 2023, doi: 10.31983/jrmik.v6i1.9462.
- [4] M. K. Errisya, M. R. Purba, S. Khofipah, and F. Pramita, “Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di Rumah Sakit X Kota Tebing Tinggi,” *Jurnl Kesehat. Ilm. Indones.*, vol. 9, no. 1, pp. 321–327, 2024.
- [5] E. Widaningtyas, F. Putri Novinawati, and A. Asmorowati, “Analisis Pending Klaim Bpjs Rawat Inap Di Rumah Sakit Qim Batang Tahun 2022,” *Avicenna J. Heal. Res.*, vol. 7, no. 1, pp. 42–53, 2024, doi: 10.36419/avicenna.v7i1.1028.
- [6] P. D. Sugiyono, *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*, no. January. 2023.
- [7] E. a. Fiantika, Wasil M, Jumiyati, Honesti, Wahyuni, Jonata, *Metodologi Penelitian Kualitatif. In Metodologi Penelitian Kualitatif*, no. Maret. 2022.
- [8] R. P. Anto *et al.*, *Metode Penelitian Kualitatif: Teori dan Penerapannya*, vol. 2. 2024.
- [9] I. M. S. Adiputra, N. W. Trisnadewi, N. P. W. Oktaviani, and S. A. Munthe, “Metodologi Penelitian Kesehatan,” 2021.
- [10] M. S. Sofiyana *et al.*, *Metodologi Penelitian Pendidikan Kualitatif*. 2022.
- [11] R. P. Simbolon, B. Wahyudi, and K. Mulyani, “Strategi Manajerial dalam Menangani Klaim Tertunda BPJS Kesehatan di Rawat Inap Rumah Sakit Pertamina Sorong,” vol. 4, no. 1, pp. 2864–2878, 2024.
- [12] RSUD Dr Soetomo, “Rencana Strategis Tahun 2019-2024 RSUD Dr. Soetomo,” 2019.
- [13] dewi woro Astuti and R. Hervidea, “Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal,” *Peran Mikronutrisi Sebagai Upaya Pencegah. Covid-19*, vol. 12, no. Januari, pp. 75–82, 2022.
- [14] W. A. dkk Santiasih, “Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan,” *J. Healthc. Technol. Med.*, vol. 7, no. 2, pp. 1381–1394, 2021.
- [15] D. A. Savitri, “Analisis Kebijakan Sistem Pelepasan Informasi Medis Pasien Kepada Pihak Ketiga Di RSUD X,” *J. Manaj. Inf. Kesehat. Indones.*, vol. 11, no. 2, pp. 96–101, 2023, doi: 10.33560/jmiki.v11i2.453.
- [16] L. Masyfufah, N. Listiawan, N. E. Yulianita, and T. Wahyuni, “Kelengkapan Pengisian Rekam Medis Elektronik Pasien di Poli Umum Puskesmas Surabaya Timur,” vol. 9, no. 2, pp. 177–188, 2024.
- [17] N. F. Dewi and A. Zahwa, “Tinjauan Berkas Klaim Tertunda Pasien Rawat Jalan Bpjs Kesehatan Rs Hermina Galaxy,” *J. Adm. Bisnis Terap.*, vol. 5, no. 2, 2023, doi:

10.7454/jabt.v5i2.1075.

- [18] G. Menunjang and K. Pengklaiman, "Analysis Of The Causes Of Pending Bpjs Health Claims For Inpatients To," pp. 117–125.

BIOGRAPHIES OF AUTHORS

	<p>Akbar Pratama Setiawan, Saat ini aktif sebagai mahasiswi tingkat akhir di Politeknik Piksi Ganesha Bandung, Program Studi D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.</p>
	<p>Sali Setiatin, Gelar Diploma III (D-III) diperoleh dari Politeknik Piksi Ganesha Bandung, Jurusan Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Gelar Diploma IV/Sarjana Terapan (D-IV/S1) diperoleh dari Politeknik Piksi Ganesha Bandung, Jurusan Informatika Rekam Medis. Gelar Magister diperoleh dari STIMA IMMI Jakarta, Jurusan Manajemen Rumah Sakit. Saat ini aktif sebagai dosen tetap di Program Studi D-III Rekam Medis dan Informasi Kesehatan Politeknik Piksi Ganesha Bandung dengan jabatan fungsional akademik sebagai Lektor.</p>
	<p>Yayang Ayu Nuraeni, Penulis Dosen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Politeknik Piksi Ganesha Bandung.</p>