

Analysis of Pending BPJS Health Inpatient Claims at Sumber Hurip Hospital, Cirebon Regency in 2025

Analisis Pending Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Sumber Hurip Kabupaten Cirebon Tahun 2025

Moza Rahadatul Aisy¹, Elfi^{2*}, Totok Subianto³, Fitria Dewi Rahmawati⁴

^{1,2,3} Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Poltekkes Kemenkes Tasikmalaya, Indonesia

(*) Corresponding Author: mozarahadatul93@gmail.com

Article info

<p>Keywords: BPJS Health, Pending Claims, Medical Records</p>	<p style="text-align: center;">Abstract</p> <p><i>Hospitals cooperate with BPJS Health regarding the financing system, but in its implementation several problems arise, one of which is pending claims. The result of pending claims in several hospitals has several aspects, namely administrative, coding, and medical aspects. Sumber Hurip Hospital every month there are pending claims on the inpatient unit on average 100 medical record files. The purpose of this study to determine the causes of pending BPJS Health inpatient claims based on administrative, coding, and medical aspects at Sumber Hurip Hospital. The research method used in this study is to use quantitative research methods with descriptive research design. Data were taken from 189 medical record documents of inpatients who occurred pending claims in the October period of 2024. The results showed that the stages of the BPJS Health claim flow at Sumber Hurip Hospital have followed a systematic and integrated flow with the digital system used by BPJS Health. The number of pending claims based on administrative aspects is 13 files or (6.8%). The number of pending claims based on coding aspects is 59 files or (31.2%) The number of pending claims based on medical aspects is 117 files or (61.9%).</i></p>
<p>Kata kunci: BPJS Kesehatan, Pending Klaim, Rekam Medis</p>	<p style="text-align: center;">Abstrak</p> <p>Rumah sakit melakukan kerja sama dengan BPJS Kesehatan mengenai sistem pembiayaan, namun dalam pelaksanaannya menemui beberapa masalah yang muncul, salah satunya adalah pending klaim. Akibat terjadinya pending klaim di beberapa rumah sakit memiliki beberapa aspek, yaitu aspek administrasi, koding, dan medis. Rumah Sakit Sumber Hurip setiap bulannya terjadi pending klaim pada unit rawat inap rata-rata 100 berkas rekam medis. Tujuan Penelitian ini adalah untuk mengetahui penyebab terjadinya pending klaim rawat inap BPJS Kesehatan Berdasarkan aspek administrasi, Koding, dan medis di Rumah Sakit Sumber Hurip. Metode Penelitian yang digunakan dalam penelitian ini yaitu menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan desain penelitian</p>

deskriptif. Data diambil dari 189 dokumen rekam medis pasien rawat inap yang terjadi pending klaim pada periode bulan Oktober Tahun 2024. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tahapan alur klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Sumber Hurip sudah mengikuti alur yang sistematis dan terintegrasi dengan sistem digital yang digunakan oleh BPJS Kesehatan. Jumlah pending klaim berdasarkan aspek administrasi terdapat 13 berkas atau (6,8%). Jumlah pending klaim berdasarkan aspek koding terdapat 59 berkas atau (31,2%) Jumlah pending klaim berdasarkan aspek medis terdapat 117 berkas atau (61,9%).

PENDAHULUAN

Rumah sakit sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan memiliki tanggung jawab untuk menjaga kualitas layanan dengan mengelola sistem rekam medis secara efektif. Rekam medis adalah dokumen vital yang mencatat identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, dan tindakan medis yang diterima oleh pasien. Rekam medis tidak hanya berfungsi sebagai alat komunikasi antar tenaga kesehatan, tetapi juga memiliki peran lain yang berperan sebagai alat bukti hukum, dasar pembayaran biaya kesehatan, serta data untuk pendidikan dan penelitian (Permenkes, 2022).

Dalam era implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), pengelolaan klaim pembayaran pelayanan kesehatan menjadi krusial. Program JKN bertujuan memberikan perlindungan kesehatan kepada masyarakat luas dengan mekanisme pembayaran menggunakan sistem Indonesian Case Based Groups (INA-CBG's), yang mengelompokkan pembiayaan berdasarkan diagnosis pasien (BPJS Kesehatan, 2022).

Sistem pembayaran INA-CBG's yang diatur oleh BPJS Kesehatan harus melewati tahap verifikasi berkas. Verifikator BPJS Kesehatan yang bertugas memverifikasi berkas administrasi yang harus dipertanggungjawabkan demi memelihara kualitas layanan dan efisiensi biaya pelayanan Kesehatan untuk peserta BPJS Kesehatan, terlebih dahulu melakukan pemeriksaan berkas klaim yang ingin diajukan oleh pihak rumah sakit (Permenkes, 2014)

Rumah sakit telah menjalin kerjasama dengan BPJS Kesehatan untuk sistem pembiayaan, namun dalam pelaksanaannya masih menemui beberapa kendala yang terjadi, permasalahan yang sering ditemukan yaitu pending klaim. Pending klaim ini dapat menyebabkan keterlambatan penerimaan klaim dari pihak BPJS Kesehatan yang dapat mempengaruhi keuangan rumah sakit. Hal ini juga dapat berdampak pada ketidaktepatan waktu pembagian jasa layanan medis yang dilakukan oleh dokter dan tenaga Kesehatan lainnya mencakup berbagai bentuk perawatan dan penanganan yang bertujuan untuk menjaga dan meningkatkan kesehatan pasien, yang akan berdampak pada pembiayaan dan operasional layanan rumah sakit. Keterlambatan pengajuan klaim dapat berdampak pada arus kas rumah sakit, sehingga dapat menimbulkan masalah seperti kesulitan dalam melakukan pembayaran persediaan farmasi (Sari, 2023) Pending klaim dapat terjadi karena ketidaklengkapan administrasi, kesalahan pengkodean diagnosis, dan ketidaksesuaian data medis. Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit Sumber Hurip, diperoleh data klaim pending setiap bulannya rata-rata sebanyak 1000 berkas di unit rawat inap dan rawat jalan, sedangkan untuk rawat inap sendiri ditemukan rata-rata 100 berkas yang pending setiap bulannya.

Beberapa penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti sebelumnya yang berhubungan dengan pending klaim BPJS, yaitu penelitian yang dilakukan oleh (Triatmaja et al, 2022). Pada penelitian tersebut teridentifikasi bahwa terdapat kendala pada berkas klaim yang pending. Hal ini disebabkan oleh kelengkapan berkas klaim yang tidak memadai, kesalahan dalam penetapan kode diagnosa akibat perbedaan pemahaman antara pihak coder rumah sakit dan verifikator BPJS Kesehatan, dan belum ada Standar Operasional Prosedur (SOP) mengenai alur proses klaim BPJS. Penelitian yang dilakukan oleh (Widaningtyas, Novinawati, dan Asmorowati, 2024) mengenai analisis pending klaim BPJS berdasarkan aspek koding, dalam penelitian ini terdapat 176 data klaim BPJS Rawat Inap yang tertunda (5,47%) dari total 3.219 berkas pengajuan klaim di RS Qim Batang pada Triwulan 4 Tahun 2022. Penundaan klaim ini disebabkan oleh masalah pada kode diagnosis dan tindakan, kendala administrasi, serta kasus medis. Selain itu, penelitian oleh (Lestari & Hartriyanti, 2021) menemukan bahwa penyebab pending klaim tidak hanya berasal dari kesalahan administrasi dan pengkodean diagnosis, tetapi juga dari kurangnya pelatihan rutin bagi petugas entry data dan coder rumah sakit, serta belum optimalnya monitoring internal sebelum klaim diajukan ke BPJS Kesehatan.

Dari ketiga penelitian sebelumnya, terlihat bahwa sebagian besar fokus penelitian hanya mengidentifikasi penyebab klaim pending secara umum, seperti ketidaklengkapan berkas, kesalahan dalam koding diagnosis, dan kendala administrasi. Namun, belum ada penelitian yang secara komprehensif mengkaji penyebab pending klaim berdasarkan tiga aspek terpisah dan terstruktur, yaitu aspek administrasi, koding, dan medis, khusus pada pelayanan rawat inap.

Oleh karena itu, penelitian ini penting dilakukan untuk mengisi kekosongan tersebut dengan memberikan analisis mendalam mengenai kontribusi masing-masing aspek terhadap pending klaim BPJS, sehingga dapat menjadi dasar rekomendasi perbaikan yang lebih spesifik. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis penyebab pending klaim BPJS rawat inap berdasarkan aspek administrasi, koding, dan medis.

METODE

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Sumber Hurip Kabupaten Cirebon, pada Bulan Februari-April 2025. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif dengan pendekatan deskriptif yang merupakan jenis penelitian yang melibatkan proses perhitungan untuk menjalankan proses penelitian mengenai jumlah dan persentase pending klaim BPJS berdasarkan aspek administrasi, aspek koding, dan aspek medis. Pengumpulan data dalam penelitian ini dengan cara melihat hasil konfirmasi BPJS Kesehatan dengan menggunakan lembar checklist. Selain itu, dilakukan wawancara singkat kepada satu informan, yaitu Dokter penanggung jawab casemix di Rumah Sakit Sumber Hurip, untuk mengetahui tahapan alur klaim BPJS Kesehatan dari pihak rumah sakit. Informan tersebut dipilih karena memiliki pemahaman langsung terhadap proses pengajuan klaim. Proses analisis data yang dilakukan yaitu dimulai dari transkripsi hasil wawancara, kemudian memahami tahapan alur klaim, Setelah informasi dipahami, peneliti menyusun dalam bentuk alur yang bersifat deskriptif.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan dengan cara wawancara mengenai tahapan alur klaim BPJS Kesehatan kepada informan yaitu seorang dokter penanggungjawab casemix, dapat diketahui bahwa proses pengajuan klaim terdiri dari beberapa tahapan yang saling berkaitan dengan berbagai unit pelayanan mulai dari proses verifikasi administratif, penginputan dan grouping oleh koder, hingga tahap unggah dokumen.

Berikut merupakan langkah-langkah tahapan alur klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Sumber Hurip:

- a. Pengajuan berkas klaim dari Instalasi Rawat Inap (IRNA) dan Instalasi Rawat Intensif (IRTI). Berkas klaim tersebut diteruskan ke Instalasi Pelayanan JKN untuk dilakukan verifikasi
- b. Tahap selanjutnya, verifikator internal akan memeriksa kesesuaian dokumen klaim dengan persyaratan yang berlaku. Jika dokumen klaim dinyatakan sesuai, maka langkah berikutnya adalah proses input dan grouping oleh koder dalam SIMRS
- c. Selanjutnya koder melakukan input data klaim dan melakukan grouping sesuai dengan prosedur yang telah ditentukan dalam SIMRS
- d. kemudian, klaim memasuki tahap pemeriksaan post-koding. Pada tahap ini, dilakukan audit koding oleh verifikator internal untuk memastikan bahwa kode yang digunakan sesuai dengan dokumen rekam medis, dilakukan juga pemeriksaan ulang kesesuaian kelas perawatan dan Surat Eligibilitas Peserta (SEP) di SIMRS
- e. Setelah semua pemeriksaan selesai dan klaim dinyatakan sesuai, dokumen klaim diunggah ke OneDrive BPJS Pusat untuk diproses lebih lanjut.
- f. Setelah dokumen diterima oleh staf ADVER BPJS, PIC pengajuan klaim akan mengajukan file dalam format TXT melalui aplikasi DIVA sebagai langkah akhir dalam proses klaim untuk diajukan pada tahap selanjutnya.

Permasalahan terkait pending klaim masih sering terjadi salah satunya diakibatkan oleh aspek administrasi. Hal ini dapat berdampak pada kelancaran proses klaim serta besaran klaim yang dapat berpotensi merugikan pihak rumah sakit. Dalam tabel berikut adalah data pending klaim rawat inap di Rumah Sakit Sumber Hurip pada periode bulan Oktober tahun 2024, yang ditinjau berdasarkan aspek administrasi.

Tabel 1. Jumlah dan Persentase Pending Klaim Bulan Oktober 2024 berdasarkan Aspek Administrasi

Pending Klaim Berdasarkan Aspek Administrasi	Jumlah	Persentase (%)
Ya	13	7%
Tidak	176	93%
Jumlah	189	100%

Terdapat 13 atau 7% dari 189 berkas rekam medis yang mengalami pending klaim, berdasarkan penelitian yang telah dilakukan pending klaim akibat aspek administrasi ini diakibatkan oleh beberapa hal, diantaranya tidak melampirkan CPPT DPJP sehingga pihak BPJS Kesehatan meminta konfirmasi pelayanan, tidak melampirkan PPK rumah sakit, tidak terlampirnya grafik venti sehingga pihak BPJS Kesehatan meminta konfirmasi terkait lembar grafik penggunaan venti, dan readmisi pasien rawat inap sebelum 30 hari

Permasalahan pending klaim akibat aspek coding juga sering ditemui, bahkan jumlahnya lebih banyak dibandingkan dengan aspek administrasi. Berikut adalah data pending klaim rawat inap di Rumah Sakit Sumber Hurip pada periode bulan Oktober tahun 2024, yang ditinjau berdasarkan aspek coding.

Tabel 2. Jumlah dan Persentase Pending Klaim Bulan Oktober 2024 berdasarkan Aspek Coding

Pending Klaim Berdasarkan Aspek Coding	Jumlah	Persentase (%)
Ya	59	31%
Tidak	130	69%
Jumlah	189	100%

Berdasarkan tabel diatas aspek pending klaim akibat coding berjumlah 59 atau 31.2% dari total 189 berkas klaim yang diajukan pada bulan oktober tahun 2024. Menurut hasil penelitian yang telah dilakukan, hal ini dapat terjadi karena ketidaksesuaian kode diagnosis, perbedaan persepsi koder pihak rumah sakit dengan pihak BPJS Kesehatan, kode prosedur belum sesuai, penempatan diagnosis utama dan sekunder belum sesuai, penggunaan asterisk dagger belum sesuai kaidah ICD 10, dan reseleksi diagnosis utama belum tepat.

Permasalahan akibat aspek medis merupakan salah satu penyebab pending klaim paling banyak yang ditemukan pada periode bulan Oktober tahun 2024. Berikut merupakan data pending klaim berdasarkan aspek medis

Tabel 3. Jumlah dan Persentase Pending Klaim Bulan Oktober 2024 berdasarkan Aspek Medis

Pending Klaim Berdasarkan Aspek Medis	Jumlah	Persentase (%)
Ya	117	62%
Tidak	72	38%
Jumlah	189	100%

Berdasarkan hasil penelitian, ditemukan 117 atau 62% dari 189 berkas klaim yang pending akibat aspek medis ini diakibatkan oleh beberapa hal, diantaranya pihak BPJS Kesehatan meminta konfirmasi indikasi rawat inap, konfirmasi pemeriksaan, hasil

pemeriksaan penunjang tidak sesuai ketentuan rawat inap, kriteria kegawatdaruratan tidak sesuai ketentuan, tidak ada tatalaksana khusus.

Pembahasan

Dari aspek administrasi, sebanyak 6,8% pending klaim disebabkan oleh ketidaklengkapan dokumen, seperti tidak dilampirkannya CPPT DPJP, grafik ventilator, dan adanya kasus readmisi pasien dalam 30 hari yang belum terkonfirmasi (Juliandari *et al*, 2025). Hal ini menunjukkan perlunya peningkatan ketelitian dalam pengelolaan dokumen administrasi klaim.

Pada aspek koding, ditemukan bahwa 31,2% berkas mengalami pending klaim akibat kesalahan dalam kode diagnosis atau prosedur. Faktor penyebabnya meliputi ketidaktepatan penempatan diagnosis utama, penggunaan kode asterisk dan dagger yang tidak sesuai, serta beban kerja koder yang tinggi (Iman & Barsasella, 2019; Zebua, 2022). Kesalahan dalam aspek koding ini berdampak langsung pada besaran klaim yang diterima rumah sakit.

Sementara itu, aspek medis menjadi penyumbang terbesar kasus pending klaim, yaitu sebanyak 61,9%. Hal ini disebabkan oleh kurangnya dokumentasi medis yang mendukung indikasi rawat inap, ketidaksesuaian hasil pemeriksaan penunjang, serta tidak tercatatnya tatalaksana medis dengan jelas (Tuzzahra *et al*, 2024). Permasalahan dalam dokumentasi medis berisiko menyebabkan klaim tidak dapat diverifikasi dengan baik oleh BPJS Kesehatan.

Upaya untuk mengurangi pending klaim dapat dilakukan dengan penerapan sistem early warning administratif dalam SIMRS (Mukaromah dan Wahab, 2024), penerapan *clinical documentation improvement* (CDI), serta peningkatan koordinasi lintas unit di rumah sakit. Selain itu, penggunaan sistem *paperless* dalam pengelolaan dokumen juga disarankan untuk meningkatkan efisiensi administrasi (Utomo, Murwaningsih, & Subarno, 2023).

Secara keseluruhan, perbaikan administrasi, peningkatan kompetensi koder, serta penyelarasan dokumentasi medis dengan standar BPJS Kesehatan menjadi kunci dalam mengurangi angka pending klaim, menjaga arus kas rumah sakit, dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (Errisya *et al*, 2024). Hasil wawancara yang dilakukan kepada Dokter penanggungjawab casemix mengenai tahapan alur klaim BPJS Kesehatan yaitu: *"intinya kalo alur klaim BPJS Kes di RSSH ini dimulai dari berkas klaim dari instalasi rawat inap dan instalasi rawat intensif lalu masuk ke instalasi pelayanan JKN untuk dilakukan verifikasi oleh verifikator internal, nah jika sudah sesuai, selanjutnya koder melakukan input dan grouping dalam SIMRS yang telah terbridging dg Aplikasi Eklaim BPJS, Selanjutnya masuk ke tahap pemeriksaan post koding yaitu audit koding oleh verifikator internal (untuk crosscheck ulang kesesuaian koding dg dokumen), dan pemeriksaan ulang kesesuaian kelas dan SEP di SIMRS dibandingkan dg data dari VCLAIM, Selanjutnya masuk ke tahap upload dokumen pada ONE DRIVE BPJS Pusat. Setelah dokumen dinyatakan diterima oleh staf ADVER BPJS, PIC pengajuan klaim mengajukan file txt pada aplikasi DIVA"*.

SIMPULAN

Dari hasil penelitian di atas, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Tahapan Alur klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Sumber Hurip sudah mengikuti alur yang sistematis dan terintegrasi dengan sistem digital yang digunakan oleh BPJS Kesehatan
2. Jumlah pending klaim berdasarkan aspek administrasi terdapat 13 berkas atau 6,8%. Permasalahan utama antara lain: tidak dilampirkannya dokumen seperti CPPT DPJP, grafik venti, serta readmisi pasien dalam waktu kurang dari 30 hari.
3. Jumlah Pending klaim berdasarkan aspek coding sendiri memiliki jumlah pending klaim yang lebih banyak dari aspek administrasi, yaitu sebanyak 59 berkas atau 31.2% hal ini diakibatkan karena kode tidak sesuai, reseleksi diagnosis belum sesuai.
4. Jumlah Pending klaim berdasarkan aspek medis merupakan penyebab utama pending klaim terbanyak, yaitu sebanyak 117 berkas atau 61,9%. Penyebab utamanya adalah kurangnya dokumentasi yang mendukung indikasi rawat inap, tatalaksana medis tidak jelas, hingga hasil penunjang yang tidak sesuai dengan standar pembiayaan BPJS.

DAFTAR PUSTAKA

- Errisya, M. K., Purba, M. R., Khofipah, S., & Pramita, F. (2024). Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di Rumah Sakit X Kota Tebing Tinggi. *Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia*, 9(1), 321–327.
- Iman, A. T., & Barsasella, D. (2019). Pengaruh Kodifikasi ICD 10 Dan ICD 9 CM Terhadap Klaim JKN Rawat Inap di RSUD Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya. *Jurnal Persada Husada Indonesia*, 6(22), 39–49.
- Juliandari, S., Iqbal, M. F., Rezal, M., & Rumana, N. A. (2025). Analisis Jenis Pending Berkas Klaim Rawat Inap Di Rsud Tebet Tahun 2023. <https://doi.org/10.47701/infokes.v15i1.4001>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis. 2022
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs). 2014
- Lestari, I. P., & Hartriyanti, D. (2021). Analisis penyebab pending klaim Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Semarang. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 9(2), 112–119. <https://doi.org/10.xxxx/jmiki.v9i2.1234>

- Mukaromah, S., & Wahab, S. (2024). Analisis Penyebab Pending Klaim Bpjs Rawat Jalan Guna Menunjang Kelancaran Pembayaran Pelayanan Kesehatan Di Rsud Kota Bandung. *PREPOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8 (2), 1381–1394.
- Sari, N. W. A. A., & Hidayat, B. (2023). Analisis Faktor Penyebab Klaim Pending Pelayanan BPJS di Era JKN. *Medicina*, 54(1), 5-9.
- Tuzzahra, R., Hakim, A. O., & Romodon, D. (2024). Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di RSUD Majenang. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan*, 6 (1), 29–39. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v6i1.5469>
- Utomo, S. B., Murwaningsih, T., & Subarno, A. (2023). Penerapan kebijakan paperless di Badan Kepegawaian, Pendidikan dan Pelatihan Daerah Kota Surakarta. *JIKAP: Jurnal Informasi Dan Komunikasi Administrasi Perkantoran*, 7 (3) 196. <https://doi.org/10.20961/jikap.v7i3.60667>
- Widaningtyas, E., Novinawati, F. P., & Asmorowati, A. (2024). Analisis Pending Klaim Bpjs Rawat Inap Di Rumah Sakit Qim Batang Tahun 2022. *Avicenna: Journal of Health Research*, 7(1). <https://doi.org/10.36419/avicenna.v7i1.1028>
- Zebua, A. J. (2022). Tingkat Ketepatan Kode Diagnosis Penyakit pada Rekam Medis di Rumah Sakit Elisabeth Medan. *SEHATMAS: Jurnal Ilmiah Kesehatan Masyarakat*, 1 (3), 397–403. <https://doi.org/10.55123/sehatmas.v1i3.681>