

Analisis Faktor Penyebab *Pending* Klaim BPJS Rawat Inap Di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung

Amable Firliana Putri^{1*}, Sinta Novratilova²

^{1,2}Politeknik Indonusa Surakarta

Alamat: Jl. K.H Samanhudi No.31, Bumi, Kec. Laweyan, Kota Surakarta, Jawa Tengah

Corresponding: 23.amable.firliana@poltekindonusa.ac.id

Abstract: Delayed BPJS claims refer to cases in which hospital claim documents submitted to BPJS Kesehatan are returned due to unmet administrative or technical requirements, resulting in postponed reimbursement for patient healthcare services. This condition directly affects hospital cash flow and may hinder the continuity of service operations. This study aims to analyze the contributing factors to delayed inpatient BPJS claims at Mardi Waluyo Hospital, Lampung. This research employed a qualitative method with a descriptive approach. Data were collected through in-depth interviews and observations using purposive sampling for research subjects, which included the head of the casemix unit, inpatient coders, and the finance manager, while total sampling was applied to claim documents as research objects. Data analysis was conducted through data reduction, data presentation, conclusion drawing, and validation using source triangulation. The findings revealed that in 2024, there were 475 delayed inpatient claim files. The contributing factors to delayed claims were categorized into Man (insufficient coding training), Material (incomplete verification of documents and coding accuracy), Machine (non-fully integrated information system), Method (absence of official SOPs for claim submission), and Money (delayed reimbursement affecting financial flow). This study recommends regular coding training, enhanced accuracy in claim verification, and the establishment of integrated and official standard operating procedures for BPJS claim submissions to reduce the risk of delays.

Keywords: delayed claims, BPJS Kesehatan, inpatient care, hospital.

Abstrak: Klaim BPJS tertunda merupakan kondisi ketika dokumen klaim yang diajukan rumah sakit kepada BPJS Kesehatan dikembalikan karena belum memenuhi persyaratan administratif maupun teknis, sehingga proses pembayaran layanan kesehatan pasien belum dapat dilaksanakan. Situasi ini berdampak langsung terhadap arus kas (cash flow) rumah sakit dan dapat menghambat keberlangsungan operasional pelayanan. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor penyebab terjadinya pending klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dan observasi dengan teknik purposive sampling pada subjek penelitian, meliputi kepala bagian casemix, koder rawat inap, dan manajer keuangan, serta total sampling pada dokumen klaim sebagai objek penelitian. Analisis data dilakukan melalui tahapan reduksi data, penyajian data, penarikan kesimpulan, dan validasi menggunakan triangulasi sumber. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada tahun 2024 terdapat 475 berkas klaim rawat inap yang tertunda. Faktor penyebab pending klaim meliputi aspek Man (kurangnya pelatihan koding), Material (keterbatasan verifikasi kelengkapan berkas dan akurasi koding), Machine (sistem informasi belum sepenuhnya terintegrasi), Method (ketiadaan SOP klaim resmi), dan Money (dampak terhadap keterlambatan pembayaran klaim). Penelitian ini merekomendasikan pelaksanaan pelatihan koding secara berkala, peningkatan ketelitian dalam verifikasi dokumen, serta penyusunan standar operasional prosedur klaim BPJS yang terintegrasi dan bersifat resmi guna menekan risiko pending klaim.

Kata kunci: pending klaim, BPJS Kesehatan, rawat inap, rumah sakit.

1. LATAR BELAKANG

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 47 Tahun 2021 Tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan menyebutkan bahwa, “Rumah sakit merupakan institusi pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan Kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat” (Pratama

et al., 2023)

Rumah sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan perlu mempunyai pelayanan rekam medis yang baik sebagai upaya untuk meningkatkan pelayanan rumah sakit. Pelayanan rekam medis merupakan salah satu pelayanan yang terdapat di rumah sakit. Agar dapat menunjang kelancaran pembayaran pelayanan kesehatan, maka penting bagi Rumah Sakit untuk dapat memahami dan mengetahui secara keseluruhan tentang persyaratan apa saja yang harus dilengkapi ketika pengajuan klaim. Jika Rumah Sakit belum bisa memahami persyaratan klaim yang baik, maka hal tersebut dapat menimbulkan suatu masalah, salah satunya yaitu terjadinya masalah *pending claim* BPJS. (Santiasih, 2021)

Pending claim BPJS adalah kondisi dimana berkas klaim yang diajukan Rumah Sakit ke pihak BPJS Kesehatan dikembalikan, sehingga seluruh pembayaran pelayanan kesehatan pasien belum bisa dibayarkan. Klaim yang tertunda dapat mengganggu *cash flow* rumah sakit, yang menimbulkan berbagai masalah salah satunya kesulitan dalam pembayaran persediaan farmasi (Sari & Hidayat, 2023).

BPJS Kesehatan atau Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan adalah program jaminan kesehatan nasional yang bertujuan menyediakan akses layanan kesehatan yang berkualitas dan merata bagi seluruh penduduk Indonesia (Solechan, 2019). Sebagai lembaga penyelenggara jaminan kesehatan, BPJS Kesehatan berkolaborasi dengan berbagai fasilitas pelayanan kesehatan, seperti rumah sakit, untuk menyediakan layanan rawat inap bagi peserta. Proses pengajuan klaim BPJS merupakan faktor penting dalam kesinambungan sistem ini, karena terkait langsung dengan kelangsungan operasional rumah sakit.

Namun, dalam penerapannya, sering kali muncul masalah dalam pengajuan klaim BPJS rawat inap, salah satunya adalah klaim yang tertunda. Klaim yang tertunda adalah situasi di mana klaim yang diajukan oleh rumah sakit tidak dapat diproses atau dibayar oleh BPJS Kesehatan dalam jangka waktu yang telah ditentukan karena berbagai alasan. Kondisi ini mampu memberikan efek buruk pada rumah sakit, seperti gangguan arus kas, peningkatan beban administratif, serta risiko keterlambatan dalam memberikan layanan kepada pasien.

Berdasarkan fenomena di Indonesia dapat diketahui bahwa jumlah berkas klaim BPJS rawat inap yang di pending mencapai 12,04% atau dari 18.643 berkas rawat inap yang diklaimkan pada tahun 2023, sebanyak 4194 berkas dikembalikan untuk diperbaiki, sedangkan untuk berkas klaim BPJS rawat jalan mencapai 2,53% atau dari 12124 berkas hanya 307 berkas yang dikembalikan ke rumah sakit (Maulida & Djunawan, 2022).

RSUD RAA Soewondo Pati *pending claim* BPJS mencapai (8,70%) yang diakibatkan karena ketidak lengkapan pengisian RM dan salah kode saat memberikan kode diagnosa,

sedangkan fenomena terkait pengisian rekam medis sudah mencapai (86,32%) (Ubaidillah et al., 2022)

Di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung, masalah klaim BPJS rawat inap yang tertunda masih memerlukan perhatian yang serius. Berbagai faktor yang diduga menyebabkan tertundanya klaim meliputi ketidaksesuaian dokumen klaim, ketidaklengkapan rekam medis, kesalahan pengkodean diagnosis dan prosedur, serta hambatan dalam sistem informasi manajemen rumah sakit. Di samping itu, pengetahuan tenaga kesehatan dan administrasi mengenai kebijakan dan peraturan klaim BPJS juga berpengaruh dalam memastikan kelancaran proses klaim.

Dampak dari *pending claim* BPJS adalah pengajuan klaim menjadi terlambat dan biaya yang dikeluarkan untuk melayani pasien tidak seluruhnya dibayarkan oleh BPJS Kesehatan sehingga dapat mengakibatkan kerugian. Menurut (Famel & Hardisman, 2023) dalam penelitiannya keterlambatan pengajuan klaim dapat menghambat kegiatan operasional rumah sakit seperti ketersediaan obat, pengadaan alat medis dan pembayaran intensif pegawai yang kemudian akan berdampak pada mutu pelayanan yang diberikan rumah sakit kepada pasien.

Sejalan dengan hasil penelitian Arif & Via (2022) yang menjelaskan bahwa faktor penyebab klaim BPJS sulit dilakukan adalah karena adanya ketidaklengkapan dan ketidaksesuaian pengisian pada rekam medis yang diisi oleh dokter, perawat, bidan maupun tenaga kesehatan lain. Ketidaklengkapan ini disebabkan karena jumlah pasien dan beban kerja yang tidak sepadan sehingga terkadang banyak bagian-bagian dari rekam medis yang terlewatkan dan tidak terisi, selain itu juga dapat diakibatkan oleh faktor kesalahan pelayanan atau medis, ketidaktepatan kode diagnosis dan tindakan, serta penunjang yang berdampak pada kelancaran klaim/ besaran klaim yang dapat merugikan rumah sakit. Penelitian lain yang dilakukan oleh (Kuper et al., 2019) Berdasarkan telusur data EMR dari seluruh pasien rawat inap periode bulan maret sampai mei 2021 di RS X Bandung terjadi lonjakan kunjungan pasien berobat sehingga menimbulkan masalah dalam pengisian EMR banyak ditemukan data yang tidak diisi sehingga klaim BPJS susah untuk dilakukan. Dilihat dari laporan bulanan dinyatakan kelengkapan EMR masih dibawah target kemenkes 100% dengan persentase kelengkapan 66,6% dan angka ketidaklengkapan 33,3%.

Berdasarkan survey awal yang dilakukan peneliti di RS Mardi Waluyo Lampung terhadap klaim *pending* BPJS rawat inap pada laporan berita acara hasil verifikasi klaim dari BPJS bulan Januari-Desember 2024 terdapat 475 berkas *pending* klaim.

Jika permasalahan *pending claim* ini tidak segera diselesaikan, maka dapat mempengaruhi stabilitas keuangan rumah sakit serta efektivitas layanan kesehatan yang

disediakan. Oleh karena itu, diperlukan analisis menyeluruh tentang faktor-faktor yang menyebabkan tertundanya klaim BPJS rawat inap di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung. Hasil analisis ini diharapkan dapat memberikan solusi strategis untuk meningkatkan efisiensi dalam pengelolaan klaim BPJS, sehingga pelayanan kesehatan bisa lebih optimal.

Berdasarkan uraian latar belakang diatas maka penelitian ini bertujuan untuk Menganalisis faktor penyebab *pending claim* BPJS rawat inap di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung.

2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain deskriptif. Penelitian kualitatif bertujuan menghasilkan data berupa kata-kata tertulis atau lisan dari individu serta perilaku yang diamati, bukan angka-angka. Pendekatan deskriptif dipilih untuk menggambarkan fenomena secara sistematis sesuai fakta yang ada, khususnya mengenai faktor penyebab pending klaim BPJS rawat inap. Desain penelitian berfungsi sebagai pedoman dalam proses pengumpulan dan analisis data sehingga tujuan penelitian dapat tercapai (Nasrudin, 2019)

Penelitian ini dilaksanakan di RS Mardi Waluyo, Lampung, pada Februari–April 2025 yang mencakup tahapan persiapan, pengumpulan data, analisis, hingga penyusunan laporan penelitian. Subjek penelitian terdiri atas informan yang dipilih menggunakan teknik purposive sampling, yaitu Kepala Bagian Casemix, Koder Rawat Inap, dan Manajer Keuangan, dengan kriteria bersedia diwawancarai. Populasi penelitian mencakup sembilan orang yang terlibat dalam proses klaim, meliputi manajer keuangan, kepala casemix, koder rawat inap, koder rawat jalan, serta petugas scanner berkas. Objek penelitian adalah seluruh dokumen klaim BPJS rawat inap periode Januari–Desember 2024 di RS Mardi Waluyo Lampung, dengan teknik pengambilan sampel total sampling, yaitu semua klaim rawat inap yang diajukan pada periode tersebut (Sugiyono, 2022)sugiyonoasu

Variabel penelitian dalam studi ini difokuskan pada faktor penyebab pending klaim BPJS rawat inap berdasarkan pendekatan 5M, yang mencakup Man, Material, Machine, Method, dan Money . Instrumen penelitian yang digunakan meliputi pedoman wawancara dan pedoman observasi. Data dikumpulkan melalui tiga teknik, yaitu wawancara mendalam dengan informan kunci, observasi langsung terhadap proses pengelolaan klaim, serta triangulasi sumber untuk memvalidasi data dari berbagai pihak. Triangulasi digunakan untuk meningkatkan kredibilitas temuan dengan menggabungkan wawancara, observasi, dan telaah dokumen

Analisis data dilakukan secara kualitatif dengan model interaktif Miles dan Huberman.

Proses analisis meliputi reduksi data, penyajian data, serta penarikan kesimpulan dan verifikasi. Reduksi data dilakukan dengan merangkum serta memilih hal-hal penting dari lapangan, kemudian menyajikannya dalam bentuk narasi, bagan, atau matriks untuk mempermudah pemahaman. Tahap akhir berupa penarikan kesimpulan dilakukan secara berulang sejak proses pengumpulan data hingga penelitian selesai, untuk memastikan validitas dan konsistensi hasil penelitian (Rijali, 2019).

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

a. Hasil

1) Faktor penyebab *Pending claim* BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung

Tabel 1 Jumlah Klaim Layak dan Pending 2024

Bulan	Status Klaim	
	Layak	Pending
Januari	1.653	30
Februari	1.512	49
Maret	1.642	18
April	1.568	16
Mei	1.821	21
Juni	1.711	29
Juli	1.772	13
Agustus	1.551	45
September	1.515	47
Oktober	1.565	99
November	1.659	27
Desember	1.591	81
Total	19.560	475

Tabel 1 merupakan data yang diperoleh dari Berita Acara Hasil Verifikasi Klaim (BAHV) bulan pelayanan Januari-Desember 2024 yang mengalami *pending* klaim BPJS. *Pending* klaim adalah kondisi dimana berkas klaim yang diajukan atau dikirim oleh Rumah Sakit kepada pihak BPJS kesehatan dikembalikan serta biaya pelayanan kesehatan belum bisa dibayarkan seluruhnya. Sehingga rumah sakit perlu melengkapi dan memperbaikinya, jika sudah dilengkapi dan diperbaiki, maka dapat dikirimkan kembali ke pihak BPJS.

Berdasarkan pada hasil riset di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung, peneliti melaksanakan observasi dan wawancara dengan beberapa narasumber mengenai masalah-masalah yang menjadi faktor terjadinya penundaan klaim rawat inap BPJS Kesehatan. Berdasarkan hasil wawancara dengan narasumber, ditemukan bahwa ada sejumlah faktor yang menyebabkan terjadinya *pending* klaim rawat inap BPJS

Kesehatan di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung. Hasil tersebut ditemukan bahwa faktor *Man, Money, Machine, Matherial*, dan *Method* merupakan penyebab terjadinya klaim yang tertunda di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung. Faktor yang menyebabkan *pending* klaim di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung berdasarkan aspek *Man, Method, Machine, Material*, dan *Money* adalah sebagai berikut:

a) Faktor *Man*

- Identifikasi Jumlah Ketersediaan Sumber Daya Manusia

Berdasarkan hasil wawancara di bagian casemix Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung tentang ketersediaan SDM didapatkan hasil sebagai berikut:

“Bagian piutang 2 orang, bagian koder 3 orang, bagian scanner 4 orang, verifikator 1 orang”

Narasumber 1

“Koder rawat jalan 2 orang, koder rawat inap 1 orang, petugas scanner rawat inap 2 orang, petugas scanner rawat jalan 2 orang, verifikator 1 orang”

Narasumber 2

“7 orang. 4 orang yaitu scanner rawat inap dan rawat jalan, 3 orang yaitu koder rawat inap 1 orang dan koder rawat jalan 2 orang”

Narasumber 3

“Bagian koder 3 orang, koder rawat inap 1 orang, koder rawat jalan 1 orang, dan verifikator 1 orang”

Triangulasi Sumber

Berdasarkan uraian di atas, maka dapat diketahui bahwa dari data yang ada mengindikasikan adanya beberapa variasi dalam jumlah tenaga kerja di setiap divisi, tetapi secara keseluruhan terdapat beberapa kesamaan pola. Bagian Kode: Dalam beberapa referensi, disebutkan bahwa jumlahnya bervariasi antara 3 orang secara total atau 1 orang untuk perawatan inap dan 2 orang untuk perawatan jalan. Bagian Scanner: Jumlah tenaga scanner disebutkan berkisar antara 4 orang, dengan pembagian antara pasien rawat jalan dan rawat inap. Verifikator: Dalam semua sumber, konsisten disebutkan sebagai satu individu. Bagian Piutang: Hanya disebutkan dalam satu referensi dengan total 2 individu. Secara umum, meskipun terdapat beberapa perbedaan dalam angka yang dinyatakan oleh para narasumber, struktur dasar tenaga kerja masih mencakup koder, pemindai, dan verifikator dengan jumlah yang cukup stabil.

- Identifikasi Pendidikan

Berdasarkan hasil wawancara di bagian *casemix* Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung tentang latar belakang pendidikan didapatkan hasil sebagai berikut :

“Iya, petugas koding rawat inap casemix berpendidikan D3 Rekam Medis dan itu memang sudah ketentuannya”

Narasumber 1

“Koder rawat inap maupun koder rawat jalan sudah berpendidikan D3 Rekam Medis semua”

Narasumber 2

“Iya, semua petugas koding rawat inap dan rawat jalan termasuk saya koder rawat inap casemix sudah berpendidikan D3 Rekam Medis”

Narasumber 3

“Seluruh petugas koding, baik rawat inap maupun rawat jalan, telah memenuhi kualifikasi pendidikan minimal D3 Rekam Medis”

Triangulasi Sumber

Berdasarkan hasil uraian diatas, dapat disimpulkan bahwa seluruh petugas yang menjalankan tugas pengkodean diagnosis dan tindakan, baik di layanan rawat inap maupun rawat jalan, telah memiliki latar belakang pendidikan minimal Diploma Tiga (D3) di bidang Rekam Medis dan Informasi Kesehatan. Pernyataan yang disampaikan menunjukkan bahwa pemenuhan kualifikasi tersebut tidak hanya merupakan praktik yang telah diterapkan, tetapi juga merupakan ketentuan yang berlaku secara institusional. Hal ini mencerminkan adanya standar kompetensi yang dijaga dalam pelaksanaan tugas koding di fasilitas pelayanan kesehatan, guna menjamin akurasi dan akuntabilitas dalam pengelolaan data medis pasien.

- **Identifikasi Pelatihan**

Berdasarkan wawancara di bagian *casemix* Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung, tentang pelatihan koder didapatkan hasil sebagai berikut :

“Ada”

Narasumber 1

“Ada, setahun sekali”

Narasumber 2

“Tidak ada. Jika ada update prosedur biasanya BPJS mengundang perwakilan dari setiap RS untuk mengikuti zoom meeting”

Narasumber 3

“Tidak ada. Jika ada update prosedur biasanya BPJS mengundang perwakilan dari setiap RS”

Triangulasi Sumber

Berdasarkan uraian di atas, maka dapat diketahui bahwa dari data yang disajikan menunjukkan adanya variasi pandangan terkait keberadaan pelatihan bahwa narasumber 1 menyebutkan bahwa pelatihan berlangsung, sedangkan narasumber 2 menegaskan bahwa pelatihan diadakan setiap tahun. Narasumber 3 serta hasil triangulasi sumber menyebutkan bahwa tidak ada pelatihan formal yang dilakukan secara rutin, tetapi jika ada pembaruan prosedur, BPJS umumnya mengundang perwakilan rumah sakit untuk mengikuti pertemuan Zoom. Dari informasi ini, dapat

disimpulkan bahwa pelatihan mungkin pernah ada atau dilakukan secara terbatas, tetapi tidak secara teratur, dan sebagian besar pembaruan prosedur disampaikan melalui undangan dari BPJS dalam format pertemuan daring.

- Faktor *Material*

Berdasarkan wawancara di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung, diketahui bahwa verifikasi kelengkapan dan akurasi dokumen dilakukan sebelum proses *coding* untuk klaim BPJS. Ini sejalan dengan hasil wawancara di bawah ini:

“Bagian casemix dan verifikasi melakukan rapat dengan tim KMKB dan Anti FRAUD untuk memilah yang akan diajukan atau tidak setiap bulannya”

Narasumber 1

“Petugas scanner biasanya langsung melampirkan semua berkas sesuai dengan resume medis. Tapi terkadang banyak yang terlewat karena mereka tidak membuka resume medis, padahal CPPT yang ada di e-rm itu harus dilampirkan. Pada akhirnya, ketika kita narik data ketahuan mana yang belum dan itu harus dilampirkan sebelum maju klaim”

Narasumber 2

“Tarik data berdasarkan kode diagnosa”

Narasumber 3

“Petugas scanner biasanya langsung melampirkan semua berkas sesuai dengan resume medis. Tarik data berdasarkan kode diagnosa”

Triangulasi Sumber

Berdasarkan uraian di atas, maka dapat diketahui bahwa proses pengecekan kelengkapan dan keakuratan dokumen pada klaim BPJS dilakukan melalui beberapa langkah untuk memastikan bahwa data yang disampaikan sesuai dengan peraturan yang berlaku. Bagian *casemix* dan verifikasi menggelar pertemuan bersama tim KMKB dan *Anti-Fraud* setiap bulan untuk menyeleksi klaim yang pantas diajukan. Umumnya, petugas scanner menyertakan berkas yang sesuai dengan resume medis, tetapi kadang-kadang ada dokumen yang terlewatkan karena mereka tidak memeriksa resume medis secara lengkap, meskipun CPPT yang ada di e-RM wajib dilampirkan. Kesalahan ini baru ditemukan saat penarikan data dilakukan sebelum klaim diajukan, sehingga perlu diperbaiki terlebih dahulu. Di samping itu, verifikasi juga dilakukan dengan mengambil data berdasarkan kode diagnosis guna memastikan ketepatan informasi dalam proses klaim. Oleh karena itu, meskipun sistem verifikasi telah aktif, diperlukan perhatian ekstra untuk memastikan kelengkapan dokumen dari awal untuk menghindari keterlambatan atau masalah dalam pengajuan klaim.

Berdasarkan hasil wawancara di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung, diketahui bahwa adanya kesalahan atau ketidaksesuaian dalam dokumen medis yang

mengakibatkan penundaan klaim tidak terlalu banyak, tetapi terjadi setiap bulan. Ini sejalan dengan hasil wawancara berikut:

“Ada tapi tidak banyak”

Narasumber 1

“Tidak terlalu sering namun ada terpending klaim BPJS”

Narasumber 2

“Masih sering terjadi setiap bulan”

Narasumber 3

“Terjadi setiap bulan”

Triangulasi Sumber

Berdasarkan uraian di atas, maka dapat diketahui bahwa kesalahan atau ketidakcocokan dalam dokumen medis tetap menjadi salah satu penyebab terjadinya penundaan klaim BPJS, meskipun tingkat frekuensinya berbeda-beda. Narasumber 1 dan 2 mengungkapkan bahwa kesalahan itu ada, tetapi tidak terlalu sering atau dalam jumlah yang banyak. Akan tetapi, narasumber 3 serta hasil triangulasi sumber mengungkapkan bahwa kesalahan dalam dokumen medis masih kerap terjadi setiap bulan, yang menyebabkan klaim ditunda. Ini mengindikasikan bahwa walaupun usaha verifikasi telah dilakukan, masih terdapat hambatan pada akurasi dan kelengkapan dokumen medis yang perlu diperbaiki agar proses klaim dapat berjalan dengan lebih lancar dan efektif.

Menurut hasil wawancara di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung, diketahui bahwa terdapat sejumlah dokumen tertentu yang sering menjadi hambatan dalam pengkodean klaim BPJS, seperti laporan operasi, bukti transfusi, hasil EKG, surat kematian, patograf, dan resume medis. Ini sejalan dengan hasil wawancara berikut:

“Ada, seperti laporan operasi”

Narasumber 1

“Ada, seperti laporan operasi kosong, bukti transfusi, hasil EKG, surat kematian, patograf”

Narasumber 2

“Ada, laporan operasi dan resume medis yang tidak lengkap”

Narasumber 3

“Laporan operasi dan resume medis”

Triangulasi Sumber

Berdasarkan uraian di atas, maka dapat diketahui bahwa beberapa dokumen tertentu kerap menjadi penghalang dalam pengkodean klaim BPJS, terutama akibat ketidaklengkapan atau ketidaksesuaian informasi. Laporan operasi adalah salah satu dokumen yang paling sering menghadapi masalah, seperti yang diungkapkan oleh beberapa narasumber. Selain itu, laporan operasi yang tidak terisi, bukti transfusi,

hasil EKG, surat kematian, dan patograf juga dapat menimbulkan kendala dalam proses pengajuan klaim. *Resume* medis yang tidak utuh juga menjadi salah satu penghalang dalam proses pengkodean. Hambatan ini mengindikasikan bahwa perlu adanya penyempurnaan dalam ketelitian pengisian dokumen serta penerapan sistem verifikasi yang lebih ketat agar proses klaim bisa berlangsung lebih lancar dan memiliki sedikit masalah.

Berdasarkan hasil wawancara di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung, diketahui bahwa kendala dalam memperoleh informasi diagnosis dan tindakan yang tepat dari rekam medis seringkali disebabkan oleh DPJP yang tidak mencatat rekam medis dengan lengkap serta adanya komunikasi yang kurang efektif karena kesulitan dalam menjangkau atau menemui pihak DPJP. Ini sejalan dengan hasil wawancara yang berikut:

“Untuk laporan operasi yang belum lengkap terkendala komunikasi dengan DPJP atau DPJP sulit untuk ditemui”

Narasumber 1

“Tantangannya DPJP seringkali tidak menulis rekam medis dengan lengkap termasuk diagnosa dan tindakan, Jadi kita harus baca, CPPT dan penunjang (hasil laboratorium, laporan operasi, dan lain lain)”

Narasumber 2

“Tantangannya memakan waktu lagi, karena harus meminjam status di rekam medis bila status sudah dikembalikan ke bagian filling”

Narasumber 3

“Tantangannya terkendala komunikasi dengan DPJP atau DPJP sulit untuk ditemui, DPJP seringkali tidak menulis rekam medis dengan lengkap”

Triangulasi Sumber

Berdasarkan uraian di atas, maka dapat diketahui bahwa kendala dalam mendapatkan informasi diagnosis dan tindakan yang akurat dari rekam medis masih sering muncul, terutama karena adanya keterbatasan komunikasi dengan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) serta kelengkapan pencatatan rekam medis. Salah satu kendala utama adalah laporan operasional yang tidak lengkap dan kesulitan dalam menghubungi DPJP untuk mendapatkan klarifikasi. Selain itu, DPJP seringkali tidak mencatat diagnosis dan tindakan secara menyeluruh, sehingga petugas harus membaca CPPT serta hasil pemeriksaan penunjang seperti laboratorium dan laporan operasi untuk memperoleh informasi yang diperlukan. Kendala lain muncul saat rekam medis yang telah dikembalikan ke bagian pengarsipan, petugas perlu meminjam dokumen itu kembali, yang membutuhkan waktu lebih lama. Oleh karena itu, perlu adanya peningkatan dalam sistem komunikasi dan pencatatan rekam medis agar informasi lebih tepat dan mudah diakses untuk mempercepat proses klaim BPJS.

- Faktor *Machine*

Berdasarkan wawancara yang dilakukan di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung, ditemukan bahwa sistem informasi yang ada telah terintegrasi dengan sistem klaim BPJS. Namun dalam aspek *casemix* masih 75% sedangkan 25% masih dilakukan secara manual yang membuat prosesnya cukup merepotkan. Ini sejalan dengan hasil dari wawancara berikut:

“Sudah”

Narasumber 1

“75% sudah, 25% yang manual bikin kita kerepotan, kalau sistem penunjang nya sudah tersambung menjadi satu sistem mungkin akan lebih optimal, karena kita pakai 2 sistem jadi kurang optimal”

Narasumber 2

“Sudah”

Narasumber 3

“75% sudah, 25% yang manual bikin kita kerepotan karena kita pakai 2 sistem jadi kurang optimal”

Triangulasi Sumber

Berdasarkan uraian di atas, maka dapat diketahui bahwa sistem informasi yang digunakan dalam proses klaim BPJS sebagian besar telah terintegrasi, namun masih terdapat kendala. Narasumber 1 dan 3 menyatakan bahwa sistem sudah terintegrasi, sementara narasumber 2 dan hasil triangulasi sumber mengungkapkan bahwa sekitar 75% sistem sudah berjalan secara terintegrasi, sedangkan 25% masih dilakukan secara manual, yang menyebabkan kendala dalam efisiensi kerja. Penggunaan dua sistem yang berbeda juga dianggap kurang optimal. Dengan demikian, meskipun sistem sudah cukup terhubung, masih ada ruang untuk perbaikan agar integrasi dapat berjalan lebih optimal dan mengurangi beban kerja akibat proses manual.

Berdasarkan wawancara di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung, diketahui bahwa hampir setiap bulan ada kendala teknis, seperti kesalahan sistem, keterlambatan memasukkan data, dan kadang-kadang gangguan dari sistem BPJS yang mengakibatkan *pending* klaim. Ini sejalan dengan hasil wawancara yang berikut:

“Ada, contohnya error sistem SIMRS scan tidak terbaca”

Narasumber 1

“Setiap bulan pasti ada tetapi tidak terlalu banyak”

Narasumber 2

“Kadang-kadang saja BPJS slowrespon. Kadang-kadang saja saat vclaim sedang maintenance”

Narasumber 3

“Setiap bulan pasti ada”

Triangulasi Sumber

Berdasarkan uraian di atas, maka dapat diketahui bahwa kendala teknis dalam proses klaim BPJS masih kerap muncul, meskipun dalam jumlah yang tidak terlalu signifikan. Beberapa permasalahan yang terjadi antara lain kesalahan pada sistem SIMRS yang mengakibatkan hasil scan tidak terbaca, lambatnya tanggapan dari BPJS, serta gangguan saat sistem *v-claim* sedang dalam perawatan. Narasumber 2 serta hasil triangulasi sumber juga menyatakan bahwa hambatan teknis muncul setiap bulan, meskipun tidak selalu dalam skala besar. Hal ini menunjukkan bahwa meskipun sistem telah beroperasi, masih ada rintangan teknis yang bisa mengganggu kelancaran proses klaim, sehingga dibutuhkan usaha perbaikan dan peningkatan sistem untuk mengurangi gangguan tersebut.

Berdasarkan hasil wawancara di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung, diketahui bahwa teknologi memainkan peran penting dalam memperbaiki efisiensi dan akurasi pengkodean klaim BPJS. Contohnya adalah RME yang dapat mempermudah proses pengumpulan dokumen agar lebih efisien dan tepat. Namun hal ini menjadi masalah ketika penulisan kode tidak akurat. Ini sejalan dengan hasil dari wawancara berikut:

“Sangat berperan apalagi sekarang sudah digital menggunakan RME”

Narasumber 1

“Sangat berperan tapi jika memakai e-klaim saat akan final klaim akan muncul tulisan ungroupable jika koding tidak tepat”

Narasumber 2

“Teknologi yang dimaksud salah satu contohnya dengan adanya RME bisa memudahkan dalam mengumpulkan dokumen sehingga lebih efisien dan akurat”

Narasumber 3

“Sangat berperan salah satu contohnya dengan adanya RME bisa memudahkan dalam mengumpulkan dokumen sehingga lebih efisien dan akurat”

Triangulasi Sumber

Berdasarkan uraian di atas, maka dapat diketahui bahwa teknologi memiliki peran krusial dalam meningkatkan efisiensi serta akurasi dalam pengkodean klaim BPJS. Salah satu contohnya adalah penerapan Rekam Medis Elektronik (RME), yang mempermudah pengumpulan dokumen sehingga proses berlangsung lebih cepat dan tepat. Selain itu, sistem e-klaim turut mendukung dalam menjamin keakuratan pengkodean, di mana klaim yang tidak tepat akan diberi label "ungroupable" sebelum proses finalisasi. Dengan teknologi ini, kemungkinan terjadinya kesalahan dalam pengkodean dapat berkurang, sehingga proses klaim menjadi lebih efektif dan tepat. Akan tetapi, pengoptimalan sistem masih diperlukan untuk mendukung proses pengkodean dengan lebih efektif.

- Faktor *Method*

Berdasarkan hasil wawancara di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung, diketahui bahwa prosedur administrasi dalam menangani klaim BPJS dimulai dengan melakukan pemindaian atau *scan* terlebih dahulu dan kemudian dilanjutkan dengan proses pengkodean. Setiap dokumen yang telah lengkap akan diverifikasi oleh petugas verifikasi. Ini sejalan dengan hasil wawancara berikut:

“Bagian scanner menerima berkas dari AKPN (Administrasi Keuangan Pasien Nginap), Bagian scanner melengkapi berkas yang dibutuhkan untuk klaim baik itu dari E-RM atau status pasien dan mengupload ke digital klaim. Koder rawat inap mengkode diagnosa dan tindakan lalu diinput di aplikasi e-klaim dan mengupload ke digital klaim. Dokter verifikator melakukan verifikasi berkas yang sudah dikoding. Setiap tanggal 10 setiap bulan rapat pengajuan klaim. Setelah di temukan data-data yang tidak layak klaim, bagian koder meng-unfinal dari e-klaim. Upload berkas di v-claim dan ilogic BPJS”

Narasumber 1

“Semua hasil penunjang discan dulu baru dikoding. Jika sudah lengkap berkas dan koding maka langsung diverif oleh verifikator”

Narasumber 2

“Berkas di scan dan dokumen penunjang lain nya diambil dari RME lalu disatukan di digital klaim, kemudiam koder akan mengkode. Klaim yang sudah dikoding akan dicek oleh verifikator internal RS apakah sudah tepat atau belum koding nya atau kalau masih ada berkas yang belum dimasukkan ke digital klaim”

Narasumber 3

“Berkas di scan dan dokumen penunjang lain nya diambil dari RME lalu disatukan di digital klaim, kemudiam koder akan mengkode. Klaim yang sudah dikoding akan dicek oleh verifikator”

Triangulasi Sumber

Berdasarkan uraian di atas, maka dapat diketahui bahwa proses pengajuan klaim BPJS dilaksanakan secara terstruktur melalui beberapa langkah yang melibatkan berbagai elemen. Bagian pemindai menerima dokumen dari Administrasi Keuangan Pasien Inap (AKPN), lalu melengkapi dokumen yang dibutuhkan dari E-RM atau status pasien sebelum mengunggahnya ke klaim digital. Setelah itu, pengkode rawat inap melakukan pengkodean untuk diagnosis dan tindakan, yang kemudian dimasukkan ke dalam aplikasi e-klaim serta diunggah ke klaim digital. Selanjutnya, dokter verifikator mengecek dokumen yang telah dikodekan untuk memastikan bahwa semua telah lengkap. Setiap tanggal 10 setiap bulannya, diadakan rapat pengajuan klaim untuk menilai data yang tidak memenuhi syarat klaim. Apabila terdapat ketidaksesuaian, bagian koder akan meng-unfinal data dari e-klaim sebelum meng-upload ulang ke v-claim dan ilogic BPJS. Proses ini juga melibatkan pemindaian seluruh dokumen pendukung sebelum pengkodean dilakukan, serta

pemeriksaan ulang oleh verifikator internal rumah sakit untuk memastikan klaim sudah sesuai sebelum diajukan.

Berdasarkan hasil wawancara di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung, diketahui bahwa SOP mengenai pengklaiman BPJS untuk pasien rawat inap bidang *casemix* dan pengkodean rawat inap belum terdapat SOP, namun pengolahan dokumen dilakukan pada setiap pengajuan klaim. Ini sejalan dengan hasil dari wawancara berikut:

“Tidak ada”

Narasumber 1

“Tidak ada”

Narasumber 2

“Belum ada, tetapi setiap akan mengajukan klaim akan dilakukan pengolahan dokumen”

Narasumber 3

“Belum ada”

Triangulasi Sumber

Berdasarkan uraian di atas, dapat disimpulkan bahwa di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung belum terdapat Standar Operasional Prosedur (SOP) yang secara resmi terdokumentasi terkait proses pengajuan klaim BPJS, khususnya di bagian *casemix* dan pengkodean rawat inap. Narasumber 1 dan 2 secara tegas menyatakan bahwa SOP tidak tersedia, sementara narasumber 3 dan hasil triangulasi menunjukkan bahwa meskipun SOP formal belum ada, pengolahan dokumen tetap dilakukan setiap kali akan mengajukan klaim. Hal ini mengindikasikan bahwa terdapat prosedur kerja yang bersifat tidak tertulis atau berbasis kebiasaan, namun belum didukung oleh dokumen resmi yang dapat dijadikan acuan baku dalam pelaksanaan tugas.

Berdasarkan hasil wawancara di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung, diketahui bahwa sistem monitoring serta evaluasi terhadap klaim yang masih tertunda adalah dengan melakukan komunikasi dengan pihak verifikator, jika ada dokumen yang kurang lengkap atau pengaturan koding yang berubah agar dapat diperbaiki. Selanjutnya, hal ini disosialisasikan melalui grup agar di masa mendatang kasus serupa tidak terulang lagi. Ini sejalan dengan hasil dari wawancara berikut:

“Bagian piutang BPJS melakukan monitoring dengan SIMRS kemudian berkomunikasi dengan dokter verifikator terkait klaim yang masih pending lalu melengkapi berkas-berkas yang masih dibutuhkan untuk pengajuan PR”

Narasumber 1

“Petugas scanner biasanya langsung melampirkan semua berkas sesuai dengan resume medis. Tapi terkadang banyak yang terlewat karena mereka tidak membuka resume medis, padahal CPPT yang ada di e-rm itu harus dilampirkan.

Pada akhirnya, ketika kita narik data ketahuan mana yang belum dan itu harus dilampirkan sebelum maju klaim”

Narasumber 2

“Mensosialisasikan pada koder melalui grup casemix RS kasus apa saja yg masih menjadi pending agar kedepan tidak terjadi pending di kasus yang sama”

Narasumber 3

“Berkomunikasi dengan dokter verifikator terkait klaim yang masih pending lalu melengkapi berkas-berkas yang masih dibutuhkan, kita buat ringkasan supaya bulan berikutnya gak salah lagi atau memperbaiki”

Triangulasi Sumber

Berdasarkan uraian di atas, maka dapat diketahui bahwa proses pemantauan klaim BPJS dilaksanakan secara terstruktur untuk mencegah keterlambatan dalam pengajuan klaim. Seksi piutang BPJS memanfaatkan SIMRS untuk mengawasi klaim yang masih menunggu, lalu berhubungan dengan dokter verifikator untuk melengkapi dokumen yang dibutuhkan sebelum pengajuan PR. Selain itu, tindakan pencegahan dilakukan dengan mengedukasi koder mengenai kasus yang tertunda melalui grup casemix rumah sakit, sehingga masalah yang sama dapat dihindari di kemudian hari. Ringkasan klaim yang bermasalah juga disusun untuk mencegah kesalahan serupa terjadi di bulan selanjutnya. Hal ini mengindikasikan bahwa proses pemantauan dan evaluasi dilakukan secara terus-menerus untuk meningkatkan efektivitas klaim BPJS.

- *Faktor Money*

Pending klaim berpengaruh terhadap keterlambatan pembayaran klaim, namun tidak berdampak pada biaya operasional klaim rumah sakit, termasuk penurunan gaji maupun tunjangan kinerja. Ini sejalan dengan hasil wawancara berikut :

“RSMW sudah sentralisasi ke YAKKUM terkait dana operasional. Jadi dana operasional setiap bulannya berasal dari kantor YAKKUM pusat sehingga tidak terlalu terkait keterlambatan pencairan dana”

Narasumber 1

“Tidak mengalami keterlambatan pencairan dana seperti gaji karyawan maupun tunjangan kinerja karena RSMW sudah sentralisasi ke YAKKUM terkait dana operasional”

Narasumber 2

“Tidak berpengaruh dalam pencairan dana operasional rumah sakit karena sudah diberikan secara sentralisasi oleh YAKKUM”

Narasumber 3

“Dana operasional berasal dari pusat (YAKKUM), sehingga pencairan tidak terganggu”

Triangulasi Sumber

Berdasarkan uraian diatas, diketahui bahwa sistem sentralisasi dana operasional dari YAKKUM pusat ke RSMW telah berdampak positif terhadap kelancaran pencairan dana, termasuk untuk keperluan gaji dan tunjangan. Tidak ditemukan

indikasi adanya keterlambatan atau hambatan dalam proses pencairan karena pengelolaan dana dilakukan secara terpusat. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa mekanisme sentralisasi dana yang diterapkan oleh YAKKUM efektif dalam menjamin stabilitas finansial operasional RSMW.

b. Pembahasan

1) Faktor *Man*

a) Identifikasi Jumlah Ketersediaan Sumber Daya Manusia

Berdasarkan penelitian yang dilakukan dengan studi wawancara di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung diketahui bahwa jumlah SDM bagian verifikator koder rawat inap 1 orang, bagian koder rawat inap 1 orang, bagian koder rawat jalan 2 orang, bagian *scanner* rawat inap 2 orang, bagian *scanner* rawat jalan 2 orang, bagian piutang 2 orang. Terpenuhiya petugas rekam medis sesuai dengan uraian tugasnya masing-masing akan memberikan pelayanan yang lebih maksimal (Nuraini, 2015). Dampak jika jumlah petugas tidak terpenuhi secara kuantitas maupun kualitas, maka penyelesaian klaim akan mengalami keterlambatan. Banyaknya klaim yang tidak diimbangi oleh sumber daya manusia yang mencukupi, dapat menyebabkan petugas kelelahan dan menjadi kurang fokus dalam menjalankan tugas (Sahir & Wijayanti, 2022).

b) Identifikasi Pendidikan

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kualifikasi pendidikan petugas koding di bagian casemix RS Mardi Waluyo Lampung. Berdasarkan hasil wawancara dengan tiga narasumber dan triangulasi sumber, diperoleh informasi bahwa: Seluruh petugas koding, baik di rawat inap maupun rawat jalan, telah memiliki latar belakang pendidikan minimal Diploma Tiga (D3) di bidang Rekam Medis dan Informasi Kesehatan (RMIK). Kualifikasi ini bukan hanya praktik yang dilakukan secara rutin, tetapi juga merupakan ketentuan resmi dari pihak institusi rumah sakit. Hasil ini menunjukkan bahwa RS Mardi Waluyo telah memenuhi standar pendidikan untuk tenaga koding sesuai dengan regulasi dan kebutuhan profesionalisme di bidang pengelolaan data medis dan sistem pembiayaan berbasis INA-CBG's.

Menurut Permenkes RI No. 55 Tahun 2013 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perekam Medis dan Informasi Kesehatan Menurut regulasi ini, tenaga kesehatan yang bekerja sebagai perekam medis wajib memiliki kualifikasi pendidikan minimal Diploma Tiga (D3) pada bidang Rekam Medis dan Informasi

Kesehatan. Hasil penelitian ini sejalan dengan regulasi tersebut, yang menunjukkan bahwa RS Mardi Waluyo telah menerapkan peraturan secara konsisten. Hasil penelitian yang menunjukkan bahwa petugas koding yang memiliki latar belakang pendidikan D3 RMIK memiliki akurasi yang lebih tinggi dalam proses koding dibandingkan dengan mereka yang belum memiliki pendidikan formal di bidang tersebut (Rahayu et al., 2024). Ini mendukung temuan penelitian bahwa kualifikasi pendidikan memberikan kontribusi signifikan terhadap mutu hasil koding.

Dampak pelaksanaan klaim jika tidak didukung oleh petugas koding dengan latar belakang pendidikan rekam medis, maka koding yang dihasilkan tidak akurat sehingga dapat menyebabkan pengembalian berkas klaim oleh BPJS Kesehatan. Ketidakkakuratan koding sebesar 68% di Puskesmas Kagok disebabkan petugas koding tidak memiliki latar belakang pendidikan rekam medis (Irmawati & Nazillahtunnisa, 2019).

c) Identifikasi Pelatihan

Berdasarkan wawancara dengan tiga narasumber dari bagian *casemix*, diperoleh informasi yang bervariasi mengenai pelaksanaan pelatihan bagi petugas koding. Terdapat ketidakkonsistenan dalam implementasi pelatihan koder di RS Mardi Waluyo. Meskipun ada indikasi bahwa pelatihan pernah dilakukan, tidak ada pelatihan yang bersifat terstruktur, sistematis, dan berkelanjutan. Sebagian besar pembaruan terkait prosedur pengkodean disampaikan oleh BPJS melalui pertemuan virtual.

Menurut Teori Manajemen Sumber Daya Manusia (Armstrong, 2006), Armstrong menyatakan bahwa pelatihan merupakan investasi organisasi untuk meningkatkan kompetensi, produktivitas, dan kualitas kerja pegawai. Pelatihan yang dilakukan secara terencana akan berpengaruh langsung terhadap kinerja individu dan organisasi, termasuk dalam hal akurasi pengkodean diagnosis dan tindakan. Ketidakteraturan pelatihan koder di RS Mardi Waluyo dapat menghambat peningkatan kompetensi yang berkelanjutan, serta meningkatkan risiko kesalahan koding yang berdampak pada klaim INA-CBG's.

Hasil penelitian yang menemukan bahwa rumah sakit yang memiliki program pelatihan koding terjadwal menunjukkan klaim INA-CBG's yang lebih cepat disetujui, karena proses pengkodean lebih akurat dan sesuai standar. Sebaliknya, rumah sakit tanpa pelatihan rutin mengalami klaim tertunda atau bahkan ditolak (Widyaningrum & Agistina Rivana, 2021). Tidak adanya pelatihan rutin di

RS Mardi Waluyo dapat berdampak pada efisiensi administrasi klaim dan meningkatkan risiko koreksi oleh BPJS.

Peraturan BPJS Kesehatan No. 2 Tahun 2020 tentang Prosedur Klaim INA-CBG's BPJS menegaskan bahwa kode diagnosis dan tindakan harus sesuai dengan ketentuan pengkodean yang berlaku, dan rumah sakit bertanggung jawab atas keakuratan kode tersebut. Tanpa pelatihan rutin, tenaga koding bisa saja tidak mengikuti pembaruan kode atau regulasi baru. Pelatihan formal dan rutin menjadi krusial agar rumah sakit tetap sesuai dengan standar BPJS dan menghindari *revisi* atau *penolakan klaim*.

Pelatihan merupakan bagian penting dari peningkatan mutu tenaga koding, sebagaimana ditegaskan dalam teori manajemen, regulasi pemerintah, dan hasil penelitian terdahulu. Di RS Mardi Waluyo menunjukkan bahwa tidak adanya pelatihan yang terstruktur dan berkelanjutan dapat menjadi celah dalam menjaga kualitas pengkodean medis dan keberhasilan proses klaim. Oleh karena itu, rekomendasi yang dapat diberikan adalah perlunya perencanaan dan pelaksanaan pelatihan rutin untuk petugas koding, minimal satu kali dalam setahun, serta memastikan seluruh pembaruan dari BPJS dikomunikasikan secara sistematis kepada seluruh koder, bukan hanya perwakilan.

2) Faktor *Material*

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung, diketahui bahwa verifikasi terhadap kelengkapan dan keakuratan dokumen dilakukan sebelum proses *coding* untuk klaim BPJS. Hal ini sejalan dengan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 tentang Kodefikasi dan Verifikasi Klaim Jaminan Kesehatan, yang mewajibkan rumah sakit melakukan verifikasi internal atas klaim JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) sebelum disampaikan ke BPJS Kesehatan.

Teori Manajemen Mutu oleh Donabedian, yang menekankan pentingnya proses sebagai salah satu indikator mutu pelayanan kesehatan, di mana verifikasi dokumen merupakan bagian dari proses untuk menjamin hasil yang optimal. Prosedur ini mencakup rapat rutin antara bagian *casemix*, verifikator, serta tim Komite Medik Kodefikasi dan Billing (KMKB) dan Anti-Fraud untuk meninjau dokumen yang akan diajukan. Namun, meskipun petugas *scanner* telah berupaya melampirkan dokumen sesuai *resume* medis, terdapat kendala seperti kelalaian dalam membuka CPPT pada *electronic medical record* (e-RM), yang menyebabkan keterlambatan dalam

melengkapi berkas. Penarikan data berdasarkan kode diagnosis juga menjadi bagian dari proses verifikasi yang bertujuan untuk memastikan validitas informasi sebelum pengajuan klaim sejalan dengan hasil penelitian Lestari (2020) menunjukkan bahwa keberhasilan klaim JKN sangat dipengaruhi oleh ketepatan dan kelengkapan dokumen medis, serta peran aktif tim *casemix* dalam proses validasi data.

Selanjutnya, ditemukan pula bahwa di *casemix* RS Mardi Waluyo Lampung kesalahan atau ketidaksesuaian dokumen medis tetap terjadi setiap bulan, meskipun dalam jumlah yang tidak besar. Kesalahan ini menyebabkan penundaan dalam proses klaim BPJS. Kondisi ini memperkuat Permenkes RI No. 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, yang menegaskan bahwa rekam medis harus dilengkapi secara akurat dan tepat waktu karena menjadi dasar pengambilan keputusan klinis dan administratif. Teori Six Sigma dalam Manajemen Mutu, yang menekankan pentingnya pengendalian proses untuk menurunkan tingkat kesalahan (*defects*) dalam pelayanan, termasuk dalam hal dokumentasi medis. Dan hasil Penelitian Saragih (2019) di RSUD dr. Pirngadi Medan juga menunjukkan bahwa keterlambatan klaim BPJS sering disebabkan oleh dokumen yang tidak lengkap atau tidak sinkron antarbagian rumah sakit.

Hasil penelitian di *casemix* RS Mardi Waluyo berikutnya menyatakan bahwa beberapa jenis dokumen, seperti laporan operasi, bukti transfusi, hasil EKG, surat kematian, patograf, dan *resume* medis sering menjadi kendala dalam proses pengkodean klaim. Ketidadaan atau ketidaklengkapan dokumen-dokumen tersebut menghambat proses verifikasi dan pengajuan klaim. Hal ini sesuai dengan PMK No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan JKN, yang mewajibkan rumah sakit menyertakan seluruh dokumen pendukung medis dalam klaim BPJS. Teori Kualitas Jasa oleh Parasuraman, yang menyatakan bahwa kualitas pelayanan sangat dipengaruhi oleh keandalan proses dan kelengkapan informasi sebagai indikator *service reliability*. Sejalan juga dengan penelitian Putri (2021) yang menunjukkan bahwa salah satu penyebab utama klaim tidak dibayarkan oleh BPJS adalah dokumen seperti laporan operasi atau patograf yang tidak tersedia atau tidak sah secara administratif.

Selanjutnya, penelitian ini juga mengidentifikasi bahwa kendala besar dalam memperoleh informasi diagnosis dan tindakan berasal dari ketidaklengkapan pencatatan oleh DPJP serta sulitnya komunikasi dengan dokter yang bersangkutan. Ini menyebabkan petugas harus melakukan penelusuran tambahan, seperti membaca CPPT dan hasil penunjang, bahkan meminjam kembali status dari bagian filling jika rekam medis sudah dikembalikan. Hasil penelitian ini diperkuat oleh Permenkes RI No. 24

Tahun 2022 tentang Rekam Medis yang mengatur bahwa dokter bertanggung jawab mencatat semua diagnosis dan tindakan medis secara lengkap, tepat, dan akurat. Teori Sistem Informasi Kesehatan, yang menyatakan bahwa efisiensi dan efektivitas pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh aksesibilitas, kelengkapan, dan akurasi data klinis serta penelitian oleh Fitria (2022) menyatakan bahwa rendahnya keterlibatan DPJP dalam pengisian rekam medis menyebabkan seringnya klaim ditolak atau ditunda oleh BPJS.

Hasil penelitian di RS Mardi Waluyo Lampung menunjukkan bahwa meskipun sistem verifikasi dokumen sebelum pengajuan klaim BPJS telah berjalan, masih terdapat hambatan berupa kelalaian dalam pelampiran dokumen penting, frekuensi kesalahan yang bersifat rutin, ketidakterpenuhinya dokumen tertentu yang krusial, serta kurangnya komunikasi dan pencatatan dari pihak DPJP. Jika dibandingkan dengan peraturan dan teori yang relevan, hasil ini menunjukkan perlunya penguatan sistem kontrol internal, peningkatan kompetensi petugas dokumentasi dan DPJP, serta pembenahan sistem komunikasi dan integrasi rekam medis untuk mendukung kelancaran klaim BPJS.

3) Faktor *Machine*

Hasil Penelitian di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung, diketahui bahwa sistem informasi yang digunakan dalam proses klaim BPJS sebagian besar telah terintegrasi, yaitu sekitar 75%. Namun, 25% sisanya masih dijalankan secara manual. Hal ini menyebabkan proses kerja menjadi tidak optimal karena harus menggunakan dua sistem yang berbeda, sehingga menghambat efisiensi dan meningkatkan beban kerja. Narasumber menyatakan bahwa apabila seluruh sistem penunjang terintegrasi ke dalam satu platform, maka proses klaim akan menjadi lebih lancar dan efisien. Hal ini sejalan dengan Permenkes No. 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, yang menekankan pentingnya integrasi sistem informasi kesehatan agar data dapat diakses dan digunakan secara optimal dalam pelayanan kesehatan dan administrasi klaim. Teori Technology Acceptance Model (TAM) oleh Davis, yang menyatakan bahwa keberhasilan penerapan teknologi informasi dipengaruhi oleh persepsi kemudahan penggunaan dan manfaatnya dalam meningkatkan kinerja serta hasil penelitian yang menunjukkan bahwa rumah sakit yang sistem informasinya sudah terintegrasi dengan sistem BPJS memiliki tingkat keberhasilan klaim yang lebih tinggi dibandingkan rumah sakit dengan sistem manual atau campuran (Widyaningrum & Agistina Rivana, 2021). Dengan demikian, untuk meningkatkan efektivitas klaim BPJS, Rumah Sakit Mardi Waluyo

perlu menuntaskan integrasi sistem hingga mencapai 100% dan mengeliminasi proses manual.

Selanjutnya, hasil penelitian yang didapatkan di RS Mardi Waluyo menunjukkan bahwa kendala teknis seperti *error* pada sistem SIMRS, keterlambatan input data, gangguan saat sistem *v-claim* BPJS dalam pemeliharaan, serta lambatnya respons dari pihak BPJS masih sering terjadi. Meskipun skalanya tidak selalu besar, gangguan teknis ini hampir selalu muncul setiap bulan dan berdampak pada keterlambatan proses klaim. Kondisi ini sejalan dengan Peraturan Presiden No. 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, yang mewajibkan penyelenggaraan sistem informasi kesehatan yang andal untuk mendukung proses klaim secara elektronik. Teori Sistem oleh Ludwig von Bertalanffy, yang menyatakan bahwa gangguan kecil dalam satu subsistem (dalam hal ini, sistem informasi klaim) dapat berdampak besar terhadap keseluruhan proses, juga penelitian yang dilakukan oleh Yuliana (2020) menyimpulkan bahwa sistem SIMRS yang tidak stabil atau tidak terhubung dengan baik ke sistem BPJS (*v-claim*) merupakan penyebab utama pending klaim di rumah sakit. Dengan demikian, meskipun sistem klaim digital telah diimplementasikan, perlu ada peningkatan pada aspek teknis, termasuk kecepatan respons sistem dan kestabilan server, untuk menghindari *pending* klaim akibat gangguan sistem.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa teknologi, khususnya penggunaan Rekam Medis Elektronik (RME), sangat berperan dalam meningkatkan efisiensi dan akurasi pengkodean klaim BPJS. Teknologi ini membantu dalam mengumpulkan dokumen secara lebih cepat dan tepat. Namun demikian, jika proses pengkodean tidak dilakukan secara akurat, sistem *e-klaim* akan memberikan peringatan berupa status "*ungroupable*", yang dapat menghambat finalisasi klaim. Ini sejalan dengan Permenkes No. 24 Tahun 2022, yang mengatur bahwa RME harus mampu menunjang pelayanan dan proses administratif, termasuk pengkodean dan pengajuan klaim. Ada juga Teori Information Quality (IQ) oleh Wang & Strong, yang menyatakan bahwa kualitas informasi (termasuk data dalam sistem elektronik) sangat memengaruhi efektivitas pengambilan keputusan dan proses administrative serta penelitian yang dilakukan Pratiwi (2019) menemukan bahwa pemanfaatan RME yang baik dapat menurunkan tingkat kesalahan dalam pengkodean hingga 30%, namun hal ini sangat tergantung pada ketelitian koder dan keakuratan pencatatan oleh tenaga medis. Dengan demikian, keberadaan teknologi seperti RME dan *e-klaim* memang sangat membantu proses klaim

BPJS, tetapi tetap diperlukan akurasi dalam pengisian data dan pengkodean untuk menghindari hambatan seperti klaim ditolak atau *ungroupable*.

4) Faktor *Method*

Hasil penelitian di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung menunjukkan bahwa prosedur administrasi pengajuan klaim BPJS dilakukan secara terstruktur. Sejalan oleh penelitian Fajriani (2020) di RSUD Kota Makassar menunjukkan bahwa struktur prosedural seperti ini sangat membantu menurunkan tingkat klaim *pending* dan klaim tidak layak.

Proses dimulai dari pemindaian berkas oleh bagian scanner yang menerima dokumen dari Administrasi Keuangan Pasien Nginap (AKPN), kemudian melengkapi dokumen melalui Rekam Medis Elektronik (RME) atau status pasien. Setelah dokumen digital lengkap, koder rawat inap melakukan pengkodean diagnosis dan tindakan yang kemudian diinput ke dalam sistem e-klaim serta diunggah ke platform digital klaim. Setelah itu, verifikator internal rumah sakit memeriksa kelengkapan dan ketepatan dokumen dan kode. Setiap tanggal 10 diadakan rapat pengajuan klaim, dan jika ditemukan ketidaksesuaian, data dikembalikan untuk diperbaiki oleh koder sebelum kembali diunggah ke v-claim dan iLogic BPJS. Hasil ini didukung oleh Permenkes No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional, yang menegaskan bahwa pengajuan klaim harus dilakukan melalui prosedur administratif yang sistematis, termasuk kelengkapan dokumen dan verifikasi internal sebelum dikirim ke BPJS juga sejalan dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) Pengajuan Klaim BPJS versi BPJS Kesehatan, yang menjelaskan bahwa proses klaim mencakup pengumpulan berkas, pengkodean oleh tenaga koder, verifikasi internal, dan upload melalui aplikasi *e-klaim* dan *v-claim*. Dengan demikian, penerapan alur kerja yang sistematis di RS Mardi Waluyo telah sesuai dengan regulasi nasional dan praktik terbaik, meskipun efisiensinya masih dapat ditingkatkan dengan menyederhanakan alur digitalisasi dokumen.

Hasil penelitian ditemukan bahwa di RS Mardi Waluyo belum memiliki SOP resmi terkait pengajuan klaim BPJS. Proses pengolahan dokumen masih dilakukan secara informal, berdasarkan pengalaman kerja dan kebiasaan unit kerja, bukan berdasarkan prosedur baku tertulis. Hasil ini mengindikasikan adanya kesenjangan antara kebutuhan standar dan implementasi di lapangan, dan diperkuat oleh Permenkes No. 49 Tahun 2013 tentang Komite Mutu Rumah Sakit, yang menyatakan bahwa seluruh kegiatan pelayanan rumah sakit harus didukung oleh SOP tertulis dan

terdokumentasi sebagai bagian dari manajemen mutu. Ada juga Teori Manajemen Mutu oleh Deming, yang menekankan bahwa proses yang terdokumentasi (bukan hanya informal) merupakan fondasi penting dalam menjamin konsistensi, akurasi, dan efisiensi operasional serta diperkuat juga ada hasil penelitian yang mengungkapkan bahwa tidak adanya SOP tertulis dalam proses klaim rawat inap menyebabkan inkonsistensi prosedur dan meningkatkan risiko klaim tertolak. Dengan kata lain, meskipun prosedur teknis telah berjalan, ketiadaan SOP tertulis dapat mengakibatkan ketidakpastian dalam pelaksanaan tugas, kesalahan dokumentasi, dan lemahnya pengawasan internal (Valentina et al., 2022).

Dalam proses monitoring dan evaluasi terhadap klaim pending, RS Mardi Waluyo melibatkan bagian piutang BPJS yang menggunakan SIMRS untuk mengidentifikasi klaim yang tertunda, lalu menghubungi dokter verifikator untuk memperbaiki dokumen atau pengkodean. Temuan ini menunjukkan bahwa sistem komunikasi lintas bagian berjalan cukup baik. Selain itu, rumah sakit juga melakukan evaluasi berkelanjutan dengan cara menyosialisasikan masalah klaim melalui grup internal casemix untuk menghindari pengulangan kasus yang sama. Dokumen ringkasan juga disusun sebagai bahan pembelajaran untuk bulan berikutnya. Prosedur ini mencerminkan prinsip-prinsip manajemen mutu dan konsisten dengan Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2016 tentang Mekanisme Klaim JKN, yang menyatakan bahwa faskes wajib melakukan evaluasi terhadap klaim yang ditolak atau tertunda dan melakukan perbaikan agar tidak terulang. Teori Continuous Quality Improvement (CQI) dari Donabedian, yang menekankan perlunya siklus evaluasi dan perbaikan berkelanjutan dalam sistem pelayanan kesehatan, termasuk aspek administrasi klaim. Ada juga penelitian oleh Hidayat (2020) menunjukkan bahwa rumah sakit yang menerapkan monitoring klaim berbasis SIMRS dan melakukan pelatihan internal melalui grup koordinasi berhasil menurunkan jumlah klaim *pending* secara signifikan dalam tiga bulan. Dengan demikian, langkah-langkah evaluatif yang telah diterapkan oleh RS Mardi Waluyo sudah berjalan sesuai prinsip perbaikan mutu berkelanjutan. Namun, untuk efektivitas lebih tinggi, pelaporan dan evaluasi bulanan sebaiknya dilengkapi dengan dokumentasi formal dan analisis penyebab klaim tertunda.

5) Faktor *Money*

Berdasarkan hasil wawancara di Rumah Sakit Mardi Waluyo (RSMW) Lampung, diketahui bahwa klaim BPJS yang berstatus *pending* memang berpengaruh terhadap keterlambatan proses pembayaran klaim. Namun demikian, hal ini tidak

berdampak langsung terhadap operasional keuangan rumah sakit, terutama terkait pencairan dana untuk gaji pegawai dan tunjangan kinerja. Hal ini terjadi karena RSMW berada di bawah manajemen YAKKUM (Yayasan Kristen untuk Kesehatan Umum) dan telah menerapkan sistem sentralisasi dana operasional yang dikelola langsung oleh kantor pusat YAKKUM. Oleh sebab itu, meskipun terdapat keterlambatan pencairan dari pihak BPJS akibat klaim yang belum disetujui, seluruh operasional rumah sakit tetap berjalan normal tanpa mengalami hambatan keuangan.

Pernyataan dari narasumber secara konsisten menunjukkan bahwa sistem keuangan terpusat dari YAKKUM telah memberikan jaminan terhadap kelancaran pencairan dana operasional. Tidak ditemukan adanya pemotongan gaji, keterlambatan tunjangan, atau gangguan pembiayaan operasional lainnya. Dengan demikian, sistem sentralisasi ini terbukti mampu menjaga stabilitas keuangan rumah sakit di tengah tantangan administratif seperti klaim pending dari BPJS.

Adapun dampak dari *pending claim* BPJS yang diterima oleh rumah sakit menyebabkan kerugian dan menghambat pembayaran tagihan-tagihan yang lebih penting. Kerugian yang dialami rumah sakit juga sangat besar mengingat sektor swasta yang terus meningkatkan fasilitas dan infrastruktur modern, yang bisa mencapai sekitar Rp 400.000.000 per bulan. Kondisi ini sesuai dengan penelitian yang menunjukkan bahwa keterlambatan dalam pengiriman berkas klaim memengaruhi penerimaan pembayaran klaim dari BPJS Kesehatan. Keterlambatan dalam menerima pembayaran ini berdampak pada arus kas rumah sakit. Ini berdampak pada kebijakan distribusi dan perencanaan anggaran rumah sakit. Dan kebijakan ini pastinya berdampak pada kualitas layanan di rumah sakit, terutama dalam dimensi kompetensi, dimensi efektivitas pelayanan, dimensi keamanan, dan dimensi kenyamanan layanan (Anyaprita et al., 2020).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan dengan studi wawancara di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung, strategi rumah sakit dalam menangani klaim yang bermasalah dengan *coding* untuk menghindari dampak buruk pada keuangan adalah dengan memperkuat komunikasi, terutama dengan pihak BPJS, serta menerapkan sistem tenggat waktu pada setiap pengajuan klaim BPJS agar klaim tidak menumpuk. Hal ini konsisten dengan penelitian yang menunjukkan bahwa kerjasama dan komunikasi yang efektif dapat mengurangi kesalahan coding, mempercepat proses klaim, serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Ini penting dalam proses

pengkodean diagnosis dan prosedur yang dijalankan oleh tenaga medis (Bella et al., 2024).

4. KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung, dapat disimpulkan bahwa terdapat beberapa faktor yang memengaruhi pending klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan. Faktor *Man* (sumber daya manusia) berkaitan dengan kurangnya pelatihan yang diberikan kepada petugas dalam meningkatkan keterampilan pengelolaan klaim. Faktor *Material* mencakup lemahnya proses verifikasi kelengkapan serta akurasi dokumen sebelum diajukan ke BPJS, sehingga masih terdapat data yang terlewat. Faktor *Machine* berhubungan dengan sistem informasi rumah sakit yang belum sepenuhnya terintegrasi, sehingga memperbesar kemungkinan terjadinya *human error* dalam pengolahan klaim. Selanjutnya, faktor *Method* ditunjukkan dengan belum adanya Standar Operasional Prosedur (SOP) resmi terkait klaim BPJS, yang mengakibatkan adanya kesalahan dan ketidaklengkapan berkas klaim. Terakhir, faktor *Money* menunjukkan bahwa pending klaim berdampak pada keterlambatan pembayaran klaim, meskipun tidak secara langsung mengganggu biaya operasional rumah sakit.

Saran yang dapat diberikan untuk mengatasi masalah pending klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Mardi Waluyo Lampung antara lain perlunya pemeriksaan silang terhadap kelengkapan dokumen klaim sebelum diajukan serta penyusunan Standar Operasional Prosedur (SOP) yang jelas dan efektif untuk meminimalisasi kesalahan. Rumah sakit juga perlu meningkatkan kompetensi SDM melalui pelatihan berkala serta memperkuat koordinasi dengan pihak terkait agar proses klaim lebih efisien. Selain itu, institusi pendidikan disarankan menambahkan materi terkait manajemen klaim asuransi kesehatan dan administrasi BPJS dalam kurikulum, sehingga lulusan memiliki pemahaman yang lebih baik mengenai tata kelola klaim. Bagi peneliti selanjutnya, disarankan menggunakan metode penelitian yang lebih komprehensif dengan melibatkan wawancara mendalam maupun studi multi-rumah sakit agar diperoleh gambaran yang lebih luas mengenai faktor penyebab keterlambatan klaim.

DAFTAR REFERENSI

- Anyaprita, D., Siregar, K. N., & Hartono, B. (2020). Dampak Keterlambatan Pembayaran Klaim Bpjs Kesehatan terhadap Mutu Pelayanan Rumah Sakit Islam Jakarta Sukapura. *Muhammadiyah Public Health Journal*, 1(1), 22–31.
- Bella, C. R., Pratama, A., & Abidin, A. Z. (2024). Gambaran Penyebab Pending Claim BPJS Kesehatan Akibat Ketidaktepatan Kode Diagnosis di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret (UNS). *Jurnal Rekam Medik Dan Manajemen Informasi Kesehatan*, 3(2), 7–17.
- Famel, R., & Hardisman. (2023). Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan

- Keterlambatan Klaim BPJS Di RSUD Sijunjung. *Jurnal Mirai Management*, 8(2), 254–261.
- Irmawati, I., & Nazillahtunnisa, N. (2019). Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Berdasarkan ICD-10 pada Rekam Medis Rawat Jalan Di Puskesmas. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 2(2), 100. <https://doi.org/10.31983/jrmik.v2i2.5359>
- Kuper, K. M., Nagel, J. L., Kile, J. W., May, L. S., & Lee, F. M. (2019). The role of electronic health record and add-on clinical decision support systems to enhance antimicrobial stewardship programs. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 40(5), 501–511. <https://doi.org/10.1017/ice.2019.51>
- Maulida, E. S., & Djunawan, A. (2022). Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 21(6), 374–379. <https://doi.org/10.14710/mkmi.21.6.374-379>
- Nasrudin, J. (2019). *Metodologi Penelitian Pendidikan: Buku ajar praktis cara membuat penelitian*. Pantera Publishing.
- Nuraini, N. (2015). Analisis Sistem Penyelenggaraan Rekam Medis di Instalasi Rekam Medis RS “X” Tangerang Periode April-Mei 2015. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 1(3). <https://doi.org/10.7454/arsi.v1i3.2180>
- Pratama, A., Fauzi, H., Nur Indira, Z., & Purnama Adi, P. (2023). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap Akibat Koding Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soedirman Kebumen. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 8(1), 124–134. <https://doi.org/10.52943/jipiki.v8i1.1225>
- Rahayu, A., Sri, E., Hastuti, D., Sangkot, H. S., & Wijaya, A. (2024). *HUBUNGAN ANTARA KARAKTERISTIK PETUGAS KODING DENGAN AKURASI*. 13(2), 118–126.
- Rijali, A. (2019). Analisis Data Kualitatif. *Alhadharah: Jurnal Ilmu Dakwah*, 17(33), 81. <https://doi.org/10.18592/alhadharah.v17i33.2374>
- Sahir, L., & Wijayanti, R. A. (2022). Faktor Penyebab Pending Claim Ranap Jkn Dengan Fishbone Diagram Di Rsup Dr Kariadi. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 10(2), 190. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v10i2.480>
- Santiasih, W. A. dkk. (2021). Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 7(2), 1381–1394.
- Sari, N. W. A., & Hidayat, B. (2023). Analisis Faktor Penyebab Klaim Pending Pelayanan BPJS di Era JKN. *Medicina, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana*, 54(1), 5–9. <https://doi.org/10.15562/medicina.v54i1.1203>
- Solechan. (2019). Solechan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. *Administrative Law and Governance Journal*, 2(4), 686–696.
- Sugiyono. (2022). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R&D*. Alfa Beta.
- Ubaidillah, A., Ngestiono, H., Kristiani, N., & Prasetyowati, A. (2022). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUD RAA Soewondo Pati Periode Triwulan IV tahun 2021. *Enviro*, 2(2), 63–70.
- Valentina, Mita Sari, & Sandika, T. W. (2022). Tinjauan Penolakan Pada Klaim Pasien BPJS Kesehatan di RSUD Tanjung Pura. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 7(1), 65–72. <https://doi.org/10.52943/jipiki.v7i1.695>
- Widyaningrum, B. N., & Agistina Rivana, B. R. (2021). Pengaruh Kelengkapan Dokumen Klaim INA-CBG’S di RS Pantiwilasa “Dr. Cipto” Bulan Januari-Mei 2021. *Jurnal Rekam Medis & Manajemen Infomasi Kesehatan*, 1(2), 31–36. <https://doi.org/10.53416/jurmik.v1i2.40>
- Anyaprita, D., Siregar, K. N., & Hartono, B. (2020). Dampak Keterlambatan Pembayaran Klaim Bpjs Kesehatan terhadap Mutu Pelayanan Rumah Sakit Islam Jakarta Sukapura. *Muhammadiyah Public Health Journal*, 1(1), 22–31.
- Bella, C. R., Pratama, A., & Abidin, A. Z. (2024). Gambaran Penyebab Pending Claim BPJS

- Kesehatan Akibat Ketidaktepatan Kode Diagnosis di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret (UNS). *Jurnal Rekam Medik Dan Manajemen Informasi Kesehatan*, 3(2), 7–17.
- Famel, R., & Hardisman. (2023). Analisis Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Keterlambatan Klaim BPJS Di RSUD Sijunjung. *Jurnal Mirai Management*, 8(2), 254–261.
- Irmawati, I., & Nazillahtunnisa, N. (2019). Keakuratan Kode Diagnosis Penyakit Berdasarkan ICD-10 pada Rekam Medis Rawat Jalan Di Puskesmas. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 2(2), 100. <https://doi.org/10.31983/jrmik.v2i2.5359>
- Kuper, K. M., Nagel, J. L., Kile, J. W., May, L. S., & Lee, F. M. (2019). The role of electronic health record and add-on clinical decision support systems to enhance antimicrobial stewardship programs. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 40(5), 501–511. <https://doi.org/10.1017/ice.2019.51>
- Maulida, E. S., & Djunawan, A. (2022). Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 21(6), 374–379. <https://doi.org/10.14710/mkmi.21.6.374-379>
- Nasrudin, J. (2019). *Metodologi Penelitian Pendidikan: Buku ajar praktis cara membuat penelitian*. Pantera Publishing.
- Nuraini, N. (2015). Analisis Sistem Penyelenggaraan Rekam Medis di Instalasi Rekam Medis RS “X” Tangerang Periode April-Mei 2015. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 1(3). <https://doi.org/10.7454/arsi.v1i3.2180>
- Pratama, A., Fauzi, H., Nur Indira, Z., & Purnama Adi, P. (2023). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap Akibat Koding Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soedirman Kebumen. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 8(1), 124–134. <https://doi.org/10.52943/jipiki.v8i1.1225>
- Rahayu, A., Sri, E., Hastuti, D., Sangkot, H. S., & Wijaya, A. (2024). HUBUNGAN ANTARA KARAKTERISTIK PETUGAS KODING DENGAN AKURASI. 13(2), 118–126.
- Rijali, A. (2019). Analisis Data Kualitatif. *Alhadharah: Jurnal Ilmu Dakwah*, 17(33), 81. <https://doi.org/10.18592/alhadharah.v17i33.2374>
- Sahir, L., & Wijayanti, R. A. (2022). Faktor Penyebab Pending Claim Ranap Jkn Dengan Fishbone Diagram Di Rsup Dr Kariadi. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 10(2), 190. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v10i2.480>
- Santiasih, W. A. dkk. (2021). Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*, 7(2), 1381–1394.
- Sari, N. W. A., & Hidayat, B. (2023). Analisis Faktor Penyebab Klaim Pending Pelayanan BPJS di Era JKN. *Medicina, Fakultas Kedokteran Universitas Udayana*, 54(1), 5–9. <https://doi.org/10.15562/medicina.v54i1.1203>
- Solechan. (2019). Solechan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. *Administrative Law and Governance Journal*, 2(4), 686–696.
- Sugiyono. (2022). *Metode penelitian kuantitatif, kualitatif dan R&D*. Alfa Beta.
- Ubaidillah, A., Ngestiono, H., Kristiani, N., & Prasetyowati, A. (2022). Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Rawat Inap Di RSUD RAA Soewondo Pati Periode Triwulan IV tahun 2021. *Emviro*, 2(2), 63–70.
- Valentina, Mita Sari, & Sandika, T. W. (2022). Tinjauan Penolakan Pada Klaim Pasien BPJS Kesehatan di RSUD Tanjung Pura. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda (JIPIKI)*, 7(1), 65–72. <https://doi.org/10.52943/jipiki.v7i1.695>
- Widyaningrum, B. N., & Agistina Rivana, B. R. (2021). Pengaruh Kelengkapan Dokumen Klaim INA-CBG’S di RS Pantiwilasa “Dr. Cipto” Bulan Januari-Mei 2021. *Jurnal Rekam Medis & Manajemen Infomasi Kesehatan*, 1(2), 31–36. <https://doi.org/10.53416/jurmik.v1i2.40>