

GAMBARAN PENYEBAB *PENDING* KLAIM BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL (BPJS) KESEHATAN PASIEN RAWAT INAP RUMAH SAKIT X

Amir Hamzah Dinnillah¹, Hedy Hardiana¹, Fitria Aryani Susanti¹

¹Fakultas Vokasi, Program Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan
Universitas Indonesia Maju Jakarta

Abstrak : Penelitian ini menyoroti fenomena pending klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit X, di mana pembayaran layanan kesehatan tertunda karena verifikasi yang diperlukan oleh BPJS Kesehatan. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan deskriptif, untuk dapat menggambarkan fenomena pending klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit X dengan pemilihan informan menggunakan teknik *purposive sampling*. Pengumpulan data melalui wawancara, observasi dan studi dokumen, dengan pengelolaan menggunakan analisis tematik dalam mengidentifikasi dan pemahaman terhadap pola tematik atau isu terkait pending klaim BPJS di rumah sakit. Hasilnya menunjukkan beberapa faktor penyebab, seperti ketidakcocokan dalam kode diagnosis, kelengkapan berkas pasien, perbedaan pandangan medis dan administratif, serta praktik dokumentasi oleh DPJP. Rekomendasi termasuk peningkatan Sumber Daya Manusia (SDM), perbaikan kelengkapan berkas pasien, koordinasi yang lebih baik, pemantauan Dokter Penanggung Jawaban Pelayanan (DPJP), dan peningkatan kualitas dokumentasi. Dampak dari pending klaim adalah terhentinya aliran dana untuk pembayaran layanan kesehatan. Langkah-langkah perbaikan harus dilakukan oleh pihak internal rumah sakit, dengan kolaborasi antara berbagai pihak termasuk tim administratif, tenaga medis, dan DPJP.

Kata Kunci : Perilaku, Fasilitas, Tenaga Kesehatan, Keluarga, Sikap

Abstrack : *This research highlights the phenomenon of pending BPJS Health claims at Hospital X, where payment for health services is delayed due to verification required by BPJS Health. This research uses a qualitative method with a descriptive approach, to be able to describe the phenomenon of pending BPJS Health claims at Hospital X by selecting informants using a purposive sampling technique. Data collection through interviews, observation and document study, with management using thematic analysis in identifying and understanding thematic patterns or issues related to pending BPJS claims in hospitals. The results showed several causal factors, such as discrepancies in diagnosis codes, completeness of patient files, differences in medical and administrative views, and documentation practices by DPJP. Recommendations include increasing Human Resources (HR), improving the completeness of patient files, better coordination, monitoring the Service Responsible Doctor (DPJP), and improving the quality of documentation. The impact of pending claims is that the flow of funds for payment of health services stops. Corrective steps must be taken by internal hospital parties, with collaboration between various parties including the administrative team, medical personnel and DPJP.*

Keywords : *Behavior, Facilities, Health Workers, Family, Attitudes*

Received : 25 November 2023
Revise : 30 November 2023
Accepted : 16 Maret 2024

Correspondence*: Amir Hamzah Dinnillah
Universitas Indonesia Maju.
Email: amirhamzahd@uima.ac.id

Pendahuluan

Pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan aspek krusial dalam peningkatan derajat kesehatan warga negara, yang diupayakan melalui penyediaan pelayanan kesehatan optimal, sebagaimana diamanatkan oleh Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 3 Tahun 2020.¹ Kompleksitas pelayanan kesehatan di rumah sakit semakin meningkat seiring dengan implementasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan peran Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di Indonesia.²

Proses klaim BPJS Kesehatan menjadi fokus utama, mengingat dampak signifikan dari klaim yang tertunda atau gagal dapat memberikan beban finansial kepada peserta dan berdampak pada kualitas pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Beberapa faktor, seperti ketidaksesuaian informasi antara lembar klaim dan resume medis, kurangnya pengisian dokumen rekam medis, dan kesalahan dalam pengkodean, menjadi kendala utama dalam proses klaim BPJS Kesehatan. Hal tersebut merupakan dampak dari klaim yang tertunda atau gagal.³

Rumah Sakit X, sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan yang menerapkan sistem BPJS Kesehatan, menghadapi tantangan serius dalam proses klaim BPJS Kesehatan, termanifestasi dalam persentase berkas klaim rawat inap yang mengalami pending sebesar 20,61% pada tahun 2022. Dalam konteks ini, perlu dipahami akar penyebabnya guna meningkatkan efisiensi administrasi dan kualitas pelayanan kesehatan. Sejumlah studi kasus atau laporan penelitian dari rumah sakit lain yang mengalami permasalahan serupa dengan klaim BPJS Kesehatan dapat memberikan gambaran konkret mengenai akar penyebab dan strategi penyelesaiannya. Misalnya, penelitian yang dilakukan pada rumah sakit lain dapat menyajikan data mengenai persentase berkas klaim yang mengalami pending, faktor-faktor penyebabnya, serta solusi yang telah diterapkan untuk meningkatkan efisiensi.

Referensi contoh di lapangan akan memberikan kerangka pemahaman yang lebih mendalam bagi Rumah Sakit X dalam mengidentifikasi hambatan dan mengimplementasikan langkah-langkah yang tepat guna meningkatkan proses klaim BPJS Kesehatan

serta menjaga kesehatan keuangan dan operasional rumah sakit secara keseluruhan.

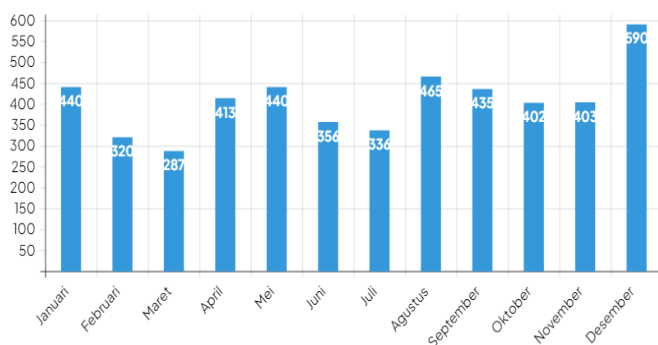
Tujuan dari penelitian ini menyoroti Gambaran Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Rumah Sakit X. Diharapkan penelitian ini mampu membantu Rumah Sakit X dalam mengidentifikasi dan mengatasi permasalahan, meningkatkan efisiensi administrasi dalam penanganan klaim, dan mengoptimalkan aliran dana rumah sakit. Sebagai harapan tambahan, hasil penelitian ini diinginkan dapat memberikan panduan dan pembelajaran berharga bagi rumah sakit kelas sejenis, sehingga mereka juga dapat mengidentifikasi, mengatasi permasalahan serupa, dan meningkatkan efisiensi administrasi dalam penanganan klaim BPJS Kesehatan.

Metode

Penelitian ini menggunakan desain kualitatif dengan studi wawancara dan observasi, peneliti menjelaskan fenomena penyebab *pending* klaim BPJS Kesehatan pasien rawat inap di rumah sakit. Pengukuran kriteria pending dalam penelitian ini merujuk pada penundaan klaim, baik dalam tahap verifikasi maupun persetujuan oleh BPJS Kesehatan. Keterlambatan klaim mempengaruhi kualitas mutu pelayanan rumah sakit. Peserta harus mengikuti tahapan demi tahapan supaya klaim dapat cair paling lambat 15 hari sejak dokumen klaim diterima secara lengkap. Hal ini tertuang pada Peraturan Presiden RI No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.⁴

Penelitian ini dilaksanakan di RS X Kota Bogor, adapun waktu penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juli-Oktober 2023 dengan total 5 informan yang melibatkan pengendali administrasi klaim, pengendali verifikator internal klaim, petugas koder, kepala bagian JKN RS X, dan tenaga medis sebagai informan utama.

Pemilihan informan didasarkan pada pertimbangan untuk mendapatkan wawasan menyeluruh mengenai administrasi klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit X. Pengendali administrasi Klaim (MR) dan Pengendali Verifikator Internal Klaim (DR) memberikan perspektif tentang proses administrasi dan verifikasi, sedangkan Petugas Koder (GP) membawa pemahaman mendalam tentang ketidakcocokan kode diagnosis dan perawatan. Kepala bagian JKN (RM) dianggap kunci untuk



Gambar 1. Tingkat Frekuensi *Pending* Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Tahun 2022 RS X

memahami koordinasi antara pandangan medis dan administratif, sementara Tenaga Medis (AR) sebagai informan utama memberikan wawasan tentang kebiasaan dan praktik dalam dokumentasi pelayanan medis serta perbedaan pandangan yang mungkin mempengaruhi proses klaim secara holistik. Dengan melibatkan berbagai pihak, diharapkan penelitian ini dapat memberikan gambaran yang komprehensif tentang permasalahan klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit tersebut.

Alat ukur atau instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah berupa studi observasi, serta analisis dokumen dengan teknik pengumpulan studi wawancara mendalam dan prosedur. Analisis data pada penelitian ini menggunakan analisis tematik. Analisis tematik dalam penelitian ini akan melibatkan identifikasi dan pemahaman terhadap pola tematik atau isu-isu yang muncul terkait dengan penyebab *pending* klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit tersebut. Penelitian akan melakukan analisis terhadap data yang dikumpulkan, seperti wawancara dengan pihak terkait, dokumen, dan catatan terkait klaim BPJS Kesehatan yang tertunda. Penelitian ini telah mendapatkan surat layak etik dari Komite Etik Penelitian RS X Kota Bogor dengan Nomor: 037/KEP-RSUD/EC/IX/2023.

Hasil

Pada tahun 2022 di RS X, terdapat sekitar 4.887 berkas klaim yang tercatat dalam kasus *pending* untuk pasien rawat inap dengan rata-rata berkas *pending* per bulan terdapat sekitar 407 berkas klaim, dan menurut salah satu informan penelitian, dari total yang diajukan sekitar 2.000 be

Gambar rkas klaim (atau sekitar 20%). 1 menunjukkan bahwa *pending* klaim BPJS Kesehatan terjadi tiap bulannya dengan total presentase pada tahun 2022 sebesar 20,61%. Berdasarkan hasil wawancara dengan informan, dikatakan bahwa penyebab terjadinya *pending* klaim dalam proses BPJS Kesehatan di RS X merupakan hasil dari beragam faktor termasuk, kelengkapan berkas penunjang pasien, perbedaan antara diagnosis dokter dan proses administratif, serta kebiasaan penulisan diagnose pada resume oleh DPJP yang kurang baik dan terkesan seadanya. Adanya penyebab dan penyelesaian kasus *pending* klaim BPJS Kesehatan berdasarkan faktor sumber daya manusia (SDM), standar operasional prosedur (SOP), software dan proses.

Tim pengelola klaim BPJS Kesehatan di RS X terstruktur dengan baik dan terbagi ke dalam tiga bagian utama, yaitu pengendali administrasi, pengendali internal, dan koder. Masing-masing bagian memiliki tanggung jawab spesifik dalam mengelola klaim BPJS Kesehatan.

Namun, hasil observasi dan wawancara menunjukkan bahwa ada ketidakcukupan jumlah petugas di bagian JKN, terutama di unit Casemix. Seorang petugas hanya mampu menangani satu berkas rawat inap dalam waktu 20 menit, dan dengan jam kerja total 7 jam, jumlah pegawai yang tersedia tidak mencukupi untuk menyelesaikan pekerjaan hingga akhir bulan. Ka. Bag JKN merencanakan merekrut dua orang tambahan untuk meningkatkan efisiensi pengelolaan klaim BPJS Kesehatan di RS X sebagai bentuk penyelesaian dari masalah ini.

Selain itu, persyaratan pendidikan untuk berbagai peran dalam pengelolaan klaim juga beragam. Bagian Administrasi Klaim tidak memiliki persyaratan khusus, sementara peran seperti pengendali internal dan koder rawat inap di Casemix memerlukan latar belakang pendidikan minimal DIII atau S1 serta kompetensi dalam pengkodean penyakit dan tindakan medis. Pelatihan juga menjadi elemen kunci, dan petugas mengikuti pelatihan berkala terkait klaim BPJS Kesehatan untuk tetap terupdate.

Meskipun tim pengelola klaim di RS X memiliki latar belakang pendidikan dan pelatihan yang sesuai, terdapat pemahaman bahwa kecukupan jumlah petugas masih menjadi tantangan dalam menghadapi volume klaim yang signifikan. Oleh karena itu, rencana perekrutan tambahan diharapkan dapat meningkatkan daya tampung dan efisiensi dalam mengelola klaim BPJS Kesehatan.

Dalam aspek pendidikan dan pelatihan, hasil wawancara menyoroti perbedaan persyaratan pendidikan untuk peran-peran berbeda dalam pengelolaan klaim BPJS Kesehatan di RS X. Bagian administrasi klaim tidak memiliki persyaratan khusus, sementara peran seperti pengendali internal dan koder rawat inap di Casemix memerlukan latar belakang pendidikan minimal DIII atau S1, dengan kompetensi khusus dalam pengkodean penyakit dan tindakan medis. Variasi ini mencerminkan adanya kebutuhan spesifik untuk mengisi peran tertentu dalam unit administrasi klaim.

Selain pendidikan, pelatihan juga memiliki peran penting dalam mempersiapkan staf terkait proses klaim BPJS Kesehatan. Informan MR, misalnya, mencatat bahwa dia telah memperoleh sejumlah sertifikasi, terutama terkait BPJS. Para verifikator, seperti yang diungkapkan oleh informan DR, menjalani pelatihan verifikasi dengan pembaruan berkala dalam klaim. Pelatihan in-house, yang sering diadakan oleh Kementerian Kesehatan dan dihadiri oleh staf RS X, menjadi pendekatan yang umum. Selain itu, pengundangan narasumber eksternal, seperti tim dari RSCM, memberikan pelatihan terkait klaim.

Begitu pula, dalam konteks pendidikan dan pelatihan Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP), hasil wawancara menunjukkan bahwa latar belakang pendidikan kedokteran umum dan pelatihan medis seperti ACLS dan ATLS memberikan DPJP pengetahuan dan keterampilan yang relevan. Ini

sesuai dengan prinsip bahwa anggota tim, termasuk dokter, harus terus mengembangkan keterampilan dan pengetahuan mereka untuk menghadapi tugas-tugas khusus dalam pekerjaannya sebagai dokter yang berkompeten.

Pendidikan dan pelatihan petugas di RS X sesuai dengan kualifikasi yang diperlukan untuk memproses pengelolaan klaim BPJS Kesehatan, khususnya pada pasien rawat inap. Variasi dalam persyaratan pendidikan dan pendekatan pelatihan mencerminkan kompleksitas peran yang berbeda dalam unit administrasi klaim RS X.

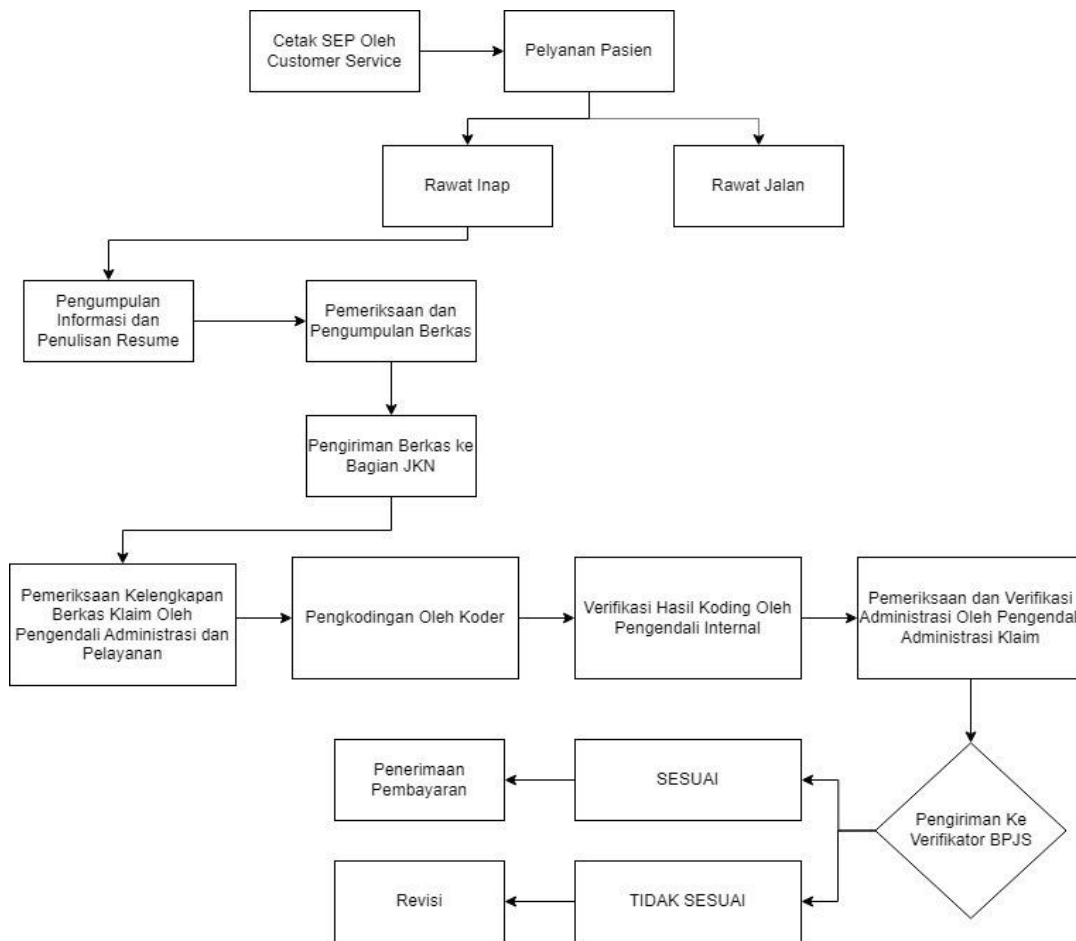
Temuan menunjukkan bahwa rumah sakit ini telah memiliki SOP yang mengacu pada PMK BPJS Kesehatan. Dukungan informan utama MR, GP, dan RM menegaskan keberadaan SOP yang telah diintegrasikan ke dalam rutinitas kerja. Meskipun demikian, terdapat catatan dari informan DPJP tentang kurangnya sosialisasi terkait SOP penulisan diagnosis pasien, menyoroti potensi perluasan sosialisasi dan implementasi SOP tertentu di RS X.

Pekerjaan petugas pengelola klaim di RS X dianggap sesuai dengan SOP yang ada, dan mereka dengan tekun mengikuti prosedur untuk memastikan klaim lengkap dan sesuai. Hal ini mencerminkan disiplin dan komitmen tim terhadap kepatuhan terhadap SOP, sejalan dengan hasil wawancara informan utama GP dan RM.

Ketersediaan tugas pokok petugas di dalam SOP juga tergambar dengan jelas dalam hasil wawancara. Setiap informan, dari berbagai divisi, menjalankan tugasnya sesuai dengan pedoman dan SOP yang berlaku di RS X. Koordinasi yang baik antar divisi, menjadi kunci dalam mendukung kelancaran proses klaim BPJS Kesehatan.

Meskipun demikian, terdapat kendala dalam melaksanakan SOP di RS X, terutama terkait kurangnya koordinasi antar bagian dalam pengelolaan klaim. Faktor ini, menjadi salah satu faktor yang menjadi sorotan terkait memberikan indikasi akan pentingnya perbaikan koordinasi dan peningkatan sumber daya manusia untuk mendukung kelancaran implementasi SOP.

Proses monitoring dan evaluasi dilakukan secara rutin, dengan hasil evaluasi dilaporkan kepada kepala bagian. Evaluasi tersebut fokus pada mengidentifikasi kendala pelaksanaan SOP dalam proses klaim, dan solusi bersama dicari melalui rapat koordinasi. Monitoring dan evaluasi menjadi langkah



Gambar 2. Alur Berkas Klaim

proaktif untuk memperbaiki dan mengoptimalkan proses klaim.

Dengan demikian, temuan ini menunjukkan bahwa sementara SOP sudah tersedia dan diikuti dengan baik oleh petugas, terdapat potensi perbaikan terutama terkait sosialisasi SOP tertentu dan perbaikan koordinasi antar bagian. Monitoring dan evaluasi yang rutin menjadi langkah positif dalam mengidentifikasi dan mengatasi kendala yang muncul dalam pengelolaan klaim BPJS Kesehatan di RS X.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa RS X menggunakan beberapa aplikasi utama, seperti Mirsa, Ecalyptus, dan Inacbgs (*e-klaim*), dalam proses pengelolaan klaim. Meskipun tidak semua bagian rumah sakit menggunakan keseluruhan aplikasi tersebut, konsistensi dalam penggunaan alat-alat ini terlihat pada bagian-bagian tertentu, seperti administrasi klaim dan koder.

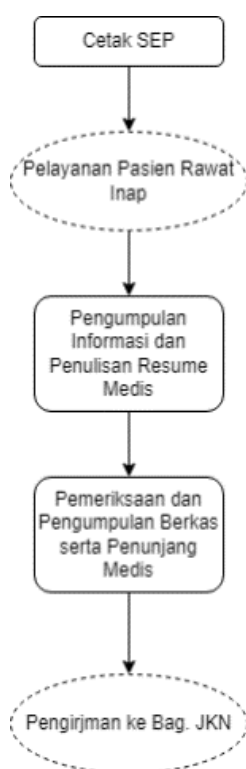
Pemahaman petugas terkait dengan penggunaan perangkat lunak ini tampak baik,

sebagaimana dinyatakan dalam wawancara. Petugas, termasuk informan utama MR, DR, GP, dan AR, menunjukkan pemahaman yang cukup baik terkait fungsi dan kegunaan masing-masing aplikasi. Mereka memahami pentingnya aplikasi ini dalam mendukung efisiensi proses klaim, mulai dari penginputan data hingga pemantauan tindakan medis yang dilakukan. Ketika membahas kendala dalam penggunaan perangkat lunak, hasil penelitian menunjukkan bahwa petugas tidak menemui kendala signifikan dalam pengoperasian aplikasi tersebut. Meskipun terdapat perubahan yang sesekali diperlukan untuk menyesuaikan aplikasi dengan kebutuhan rumah sakit, kendala tersebut umumnya berkaitan dengan perubahan yang diperlukan dalam fungsionalitas aplikasi.

Dengan demikian, perangkat lunak yang digunakan di RS X, seperti Mirsa, Ecalyptus, dan Inacbgs, memberikan kontribusi positif dalam mendukung penyelesaian klaim BPJS Kesehatan. Pemahaman dan kesesuaian petugas dalam

menggunakan aplikasi ini, serta ketersediaan pemantauan dan evaluasi, telah menjadikan perangkat lunak ini sebagai alat yang efektif dalam meningkatkan efisiensi dan kualitas pengelolaan klaim di rumah sakit tersebut. Berdasarkan hasil penelitian mengenai alur proses klaim BPJS Kesehatan di RS X, dapat disimpulkan bahwa terdapat beberapa tahapan yang dilalui mulai dari persyaratan berkas klaim hingga

Proses verifikasi oleh BPJS. Persyaratan berkas klaim melibatkan Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis, dan penunjang medis yang harus lengkap dan rapi. Resume medis dianggap sebagai bagian penting karena memuat informasi yang mendukung pembentukan diagnosis.



Gambar 3. Persyaratan Berkas Klaim

Proses klaim di RS X dimulai dengan pengisian resume medis pasien dalam sistem EMR "Ecalyptus". Setelah itu, berkas klaim dikumpulkan dan melalui serangkaian tahapan, seperti pemeriksaan administratif, pengkodean berkas, dan verifikasi internal, sebelum akhirnya diajukan ke BPJS. Proses ini melibatkan berbagai divisi rumah sakit untuk memastikan bahwa klaim diajukan sesuai dengan persyaratan administratif dan medis yang berlaku.

Waktu yang dibutuhkan dalam memproses satu berkas rawat inap di masing-masing bagian berkisar antara 5-20 menit. Meskipun proses pengolahan berkas pasien terbilang efisien. Terdapat beberapa hambatan yang dihadapi. Salah satu hambatan utama adalah waktu yang dibutuhkan untuk pengisian resume medis, terutama oleh dokter DPJP. Selain itu, ketiadaan berkas penunjang dari pemeriksaan di luar rumah sakit juga menjadi kendala yang dapat mempengaruhi kualitas pengisian resume medis. Dokumentasi medis yang tidak lengkap dan kurang tepat, terutama dalam pengisian diagnosis, juga menjadi kendala. Faktor seperti kesibukan lapangan dan prioritas pekerjaan medis yang lebih langsung dengan pasien menyebabkan pengisian resume medis seringkali dilakukan secara asal-asalan dan kurang teliti.

Meskipun proses klaim di rumah sakit berjalan relatif lancar, terdapat beberapa masalah terkait hasil laboratorium dari luar rumah sakit yang belum terintegrasi sepenuhnya ke dalam sistem RS. Meskipun masih terdapat beberapa hambatan, rumah sakit terus berusaha meningkatkan efisiensi dan kualitas pengelolaan klaim BPJS Kesehatan. Evaluasi dilakukan secara berkala melibatkan rapat koordinasi bulanan untuk membahas perbaikan dan isu terkait proses klaim. Dengan demikian, RS X berkomitmen untuk mengoptimalkan proses klaim BPJS Kesehatan melalui upaya perbaikan yang berkelanjutan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat beberapa asumsi penyebab utama terjadinya *pending* klaim dalam proses BPJS Kesehatan di RS X, sebagaimana diungkapkan oleh para informan yang terlibat dalam studi ini. Salah satu asumsi yang diutarakan oleh informan yakni adanya perbedaan persepsi antara dokter, perawat, dan aturan BPJS Kesehatan. Perbedaan preferensi antara dokter dan perawat dalam penentuan kode atau pelayanan kepada pasien, yang harus sesuai dengan ketentuan BPJS, seringkali menjadi kendala. Kurangnya sosialisasi atau pemahaman komprehensif di antara staf medis terkait aturan dan regulasi BPJS juga diidentifikasi sebagai faktor penyebab.

Dalam konteks kelengkapan berkas, informan menyatakan bahwa berkas yang belum lengkap menjadi salah satu penyebab utama *pending* klaim. Kelengkapan berkas melibatkan aspek seperti penunjang medis, perbedaan penamaan kode antara rumah sakit dan BPJS, serta kurangnya informasi

dalam berkas, terutama pada bagian resume medis. Kekurangan ini dalam kelengkapan berkas sering mengakibatkan penundaan atau status *pending* dalam proses klaim.

Terakhir, informan menyoroti bahwa kebiasaan DPJP dapat menjadi penyebab *pending* klaim. Kebiasaan tertentu dalam mengelola pasien atau mendokumentasikan diagnosa dan tindakan medis oleh DPJP dapat tidak selaras dengan ketentuan BPJS Kesehatan, sehingga berkas menjadi tertunda sebagai *pending* klaim.

Dampak dari *pending* klaim BPJS Kesehatan terhadap keuangan RS X sangat nyata, terutama dalam konteks penundaan pembayaran yang dapat mengganggu arus kas rumah sakit. Penundaan ini memberikan dampak signifikan terhadap kemampuan rumah sakit untuk memenuhi kebutuhan operasional sehari-hari, termasuk pembelian obat dan kebutuhan lainnya untuk pasien. Informan mengungkapkan bahwa penundaan pembayaran dapat mencapai beberapa minggu, yang dapat menjadi beban finansial yang cukup serius bagi rumah sakit.

Dampak paling mencolok terlihat dalam sektor keuangan rumah sakit, di mana pelayanan medis yang telah diberikan kepada pasien tidak diimbangi dengan pembayaran yang diharapkan. Hal ini menciptakan situasi di mana sumber daya rumah sakit telah digunakan tanpa imbalan yang setara, menyebabkan kerugian *finansial* yang dapat membahayakan kelangsungan operasional mereka. Informan utama menekankan bahwa ketika klaim tertunda, alokasi atau pendistribusian pembayaran untuk layanan medis akan berkurang, menciptakan tekanan finansial tambahan.

Penting untuk dicatat bahwa dampak utama dari *pending* klaim ini mencuat pada ketidakmenerimaan pembayaran atas layanan yang telah diberikan kepada pasien. Sebagai akibatnya, rumah sakit mengalami kerugian finansial yang signifikan, terutama terkait dengan pelayanan medis dan pengadaan obat-obatan. Situasi ini memberikan pembelajaran berharga bahwa ketika klaim tertunda, pembayaran untuk layanan medis tersebut menjadi tidak dapat dilakukan. Informan utama secara konsisten menegaskan bahwa dampak utama dari *pending* klaim BPJS Kesehatan adalah terhambatnya arus kas, mengakibatkan ketidakmenerimaan pembayaran yang diharapkan.

Dampak *pending* klaim BPJS Kesehatan terhadap keuangan RS X sangatlah signifikan. Penundaan pembayaran mengakibatkan tekanan finansial yang dapat mengganggu keberlanjutan operasional rumah sakit. Oleh karena itu, meningkatkan efisiensi dalam proses klaim BPJS Kesehatan menjadi krusial untuk mengurangi dampak negatif ini terhadap keuangan RS X.

Pembahasan

Hasil penelitian dengan berbagai pihak di Rumah Sakit X mengungkapkan terkait kecukupan jumlah petugas yang terlibat dalam pengelolaan klaim BPJS Kesehatan. Mayoritas informan menekankan bahwa jumlah petugas saat ini dirasakan kurang, terutama mengingat waktu yang diperlukan untuk mengelola satu berkas rawat inap, yakni sekitar 20 menit. Situasi ini seringkali membuat petugas kekurangan waktu, terutama menjelang akhir bulan. Kurangnya jumlah petugas dalam pengelolaan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit X menjadi masalah utama yang mempengaruhi efisiensi proses klaim. Temuan ini sejalan dengan penelitian sebelumnya di RSUD Dr. R Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro yang juga menyoroti dampak kurangnya SDM dalam efisiensi proses klaim BPJS Kesehatan.³

Kecukupan jumlah petugas diidentifikasi sebagai faktor kunci, dan upaya untuk meningkatkan jumlah petugas atau meningkatkan efisiensi kerja diperlukan, terutama mengingat waktu yang diperlukan untuk mengelola satu berkas rawat inap yang cukup lama. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Puspita dkk bahwa cukup berpengaruh dalam pelayanan Kesehatan.⁵

Berdasarkan hasil wawancara, dapat disimpulkan bahwa ada variasi dalam persyaratan pendidikan untuk berbagai peran dalam unit administrasi klaim di RS X. Meskipun peran administrasi klaim tidak memerlukan kualifikasi khusus, peran seperti pengendali internal dan koder rawat inap mengharuskan latar belakang pendidikan DIII dan/atau S1 serta kompetensi dalam pengkodean penyakit dan tindakan medis. Hal ini mengindikasikan pentingnya pendidikan yang relevan dengan tanggung jawab dalam proses klaim. Penelitian ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyoroti dampak kurangnya sumber daya manusia terlatih dalam efisiensi proses klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit.⁶

Meskipun RS X memiliki SOP yang mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan BPJS, perlu diperhatikan bahwa belum semua SOP tersosialisasikan dengan baik, terutama terkait penulisan diagnosis pasien. Sosialisasi yang kurang efektif terhadap SOP dapat memengaruhi kinerja dalam mematuhi prosedur yang telah ditetapkan. Oleh karena itu, perlu perhatian lebih lanjut dalam meningkatkan pemahaman dan implementasi SOP di seluruh tingkatan staf terlibat. Hal ini sejalan dengan penelitian yang menekankan pentingnya sosialisasi SOP kepada semua pihak yang terlibat dalam proses klaim BPJS Kesehatan.⁸

Hasil penelitian mengindikasikan bahwa Penelitian ini sejalan dengan temuan sebelumnya yang menggarisbawahi pentingnya kesadaran dan ketaatan petugas terhadap tugas pokok dan SOP dalam konteks pengelolaan klaim BPJS Kesehatan. Hasil penelitian yang menunjukkan pelaksanaan tugas sesuai SOP dapat memberikan dasar yang kuat bagi peningkatan efisiensi dan akurasi dalam penyelesaian klaim, yang juga telah terkonfirmasi dalam penelitian sebelumnya.⁸

Hasil penelitian menunjukkan bahwa di RS X, terdapat aplikasi perangkat lunak yang digunakan dalam proses penyelesaian klaim BPJS Kesehatan, termasuk *Mirsa*, *Ecalyptus*, dan *Inacbgs* sebagai e-klaim. Hasil ini sejalan dengan praktik umum dalam rumah sakit yang mengandalkan perangkat lunak khusus untuk mendukung pengelolaan klaim BPJS Kesehatan. Aplikasi ini digunakan oleh berbagai divisi, mulai dari administrasi klaim hingga koder, dan memiliki peran kunci dalam memastikan kesesuaian klaim yang diajukan. Namun, perlu diperhatikan bahwa tidak semua bagian di RS X menggunakan semua aplikasi tersebut sepenuhnya, yang bisa menunjukkan variasi dalam penggunaan teknologi di berbagai divisi.

Sebelumnya, penelitian oleh Dwi Astuti juga menyoroti peran perangkat lunak dalam proses klaim BPJS Kesehatan. Mereka menemukan bahwa aplikasi perangkat lunak menjadi elemen penting dalam mengelola klaim, dan efektivitasnya dapat memengaruhi kelancaran proses klaim.⁹ Oleh karena itu, penggunaan aplikasi yang sesuai dan integrasi yang baik antara berbagai aplikasi perangkat lunak dapat memainkan peran penting dalam meningkatkan efisiensi dalam proses klaim di RS X.

Penggunaan aplikasi perangkat lunak seperti *Mirsa*, *Ecalyptus*, dan *Inacbgs* di RS X menunjukkan kesesuaian dengan praktik umum dalam mengelola klaim BPJS Kesehatan. Pemahaman yang baik oleh petugas tentang penggunaan perangkat lunak juga merupakan aspek positif. Namun, perlu diperhatikan bahwa integrasi yang baik antara berbagai aplikasi perangkat lunak dan upaya untuk memastikan penggunaan penuh dapat meningkatkan efisiensi dalam proses klaim.

Penelitian sebelumnya juga menyoroti pentingnya pemahaman petugas terkait perangkat lunak dalam proses klaim BPJS Kesehatan. Studi oleh Susilowati¹⁰ menemukan bahwa pemahaman yang baik tentang penggunaan perangkat lunak dapat membantu dalam meminimalkan kesalahan dan mencegah klaim menjadi pending. Oleh karena itu, pemahaman yang kuat ini sejalan dengan praktik terbaik dalam pengelolaan klaim dan dapat berkontribusi pada efisiensi dalam proses klaim BPJS Kesehatan di RS X.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa penggunaan perangkat lunak dalam proses klaim BPJS Kesehatan di RS X umumnya berjalan lancar tanpa kendala yang signifikan. Meskipun ada perubahan yang sesekali diperlukan untuk menyesuaikan aplikasi dengan kebutuhan rumah sakit, seperti penambahan kolom atau fitur tertentu dalam perangkat lunak, kendala ini lebih berfokus pada penyesuaian teknis dan perkembangan software dari pihak pengembang.

Penelitian sebelumnya terkait pentingnya penggunaan perangkat lunak yang sesuai dan efisien dalam proses klaim BPJS Kesehatan.¹¹ Efisiensi yang tercapai dengan penggunaan perangkat lunak tersebut dapat meningkatkan kinerja dan mengurangi potensi kesalahan dalam penanganan klaim. Oleh karena itu, hasil penelitian ini sejalan dengan temuan penelitian sebelumnya dan mencerminkan pentingnya pengelolaan perangkat lunak yang baik dalam proses klaim BPJS Kesehatan.

Pemenuhan persyaratan berkas klaim BPJS Kesehatan, seperti Surat Eligibilitas Peserta (SEP), resume medis, dan data lengkap pasien, nomor SEP, tanggal layanan, dan data dokter yang merawat, memainkan peran kunci dalam mendukung efisiensi dan keakuratan proses klaim. Dengan persyaratan berkas yang lengkap dan benar, verifikator internal dan pengkoderan penyakit atau tindakan medis dapat

dengan mudah mengevaluasi klaim dan memastikan kepatuhan terhadap regulasi BPJS. Hal ini juga konsisten dengan temuan sebelumnya dalam penelitian yang menyoroti pentingnya dokumentasi yang memadai dalam proses klaim BPJS Kesehatan. Penelitian oleh Sigit Gustiana, Feby Wahyuni Savitri, Ai Susi Susanti (2022) menunjukkan bahwa kelengkapan berkas dan dokumentasi yang memadai adalah faktor kunci dalam keberhasilan klaim BPJS Kesehatan.¹²

Proses klaim BPJS Kesehatan di RS X melibatkan sejumlah langkah yang sangat rinci dan melibatkan banyak pihak, termasuk dokter, pengendali administrasi klaim, pengendali internal, koder, dan verifikator administrasi. Pengisian resume medis dalam sistem EMR "Ecalyptus" melibatkan pengumpulan informasi yang sangat komprehensif termasuk riwayat pasien, hasil pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang, obat-obatan yang diberikan, dan jadwal kontrol jika diperlukan. Proses ini memberikan dasar untuk pembentukan diagnosis dan klaim yang tepat.

Sejalan dengan temuan sebelumnya dalam penelitian, proses klaim BPJS Kesehatan yang rinci dan terstruktur sangat penting untuk memastikan bahwa klaim diajukan dengan benar dan sesuai dengan regulasi. Proses yang kuat ini mengurangi risiko kesalahan administratif dan medis yang dapat menghambat proses klaim. Penelitian Elna Kukuh Kurnia, Mahdalena (2022) menunjukkan bahwa pembentukan sistem pengisian berkas klaim yang baik dan penekanan pada data pasien yang akurat dan lengkap adalah faktor kunci dalam peningkatan klaim BPJS yang berhasil.¹³

Proses klaim yang melibatkan sejumlah pihak ini penting untuk menghindari *pending* klaim oleh BPJS. Dengan berkas yang lengkap dan sesuai, proses klaim dapat berjalan lebih lancar dan efisien.¹⁴ Kesalahan dalam berkas dapat menyebabkan penundaan dalam pembayaran klaim dan juga memberikan kesan buruk terhadap rumah sakit. Oleh karena itu, langkah-langkah yang rinci dalam proses klaim seperti yang dijelaskan dalam penelitian ini sangat penting untuk menjaga efisiensi dan integritas dalam sistem klaim BPJS Kesehatan.⁸ Penelitian ini memberikan pemahaman yang jelas tentang bagaimana rumah sakit mengelola klaim BPJS Kesehatan, yang dapat menjadi pedoman bagi rumah sakit lain dalam mengoptimalkan proses serupa.

Meskipun mayoritas waktu yang digunakan dalam pemrosesan berkas klaim terbilang efisien, informan MR menyoroti bahwa ada kendala dalam pengelolaan klaim BPJS Kesehatan di RS X. Ia menunjukkan bahwa kurangnya waktu yang dialokasikan per berkas rawat inap menyebabkan ketidakcukupan tenaga kerja dalam menangani jumlah klaim yang masuk. Hal ini dapat berkontribusi pada peningkatan jumlah klaim yang tertunda (*pending*), terutama jika berkas klaim tidak dapat segera ditindaklanjuti akibat kekurangan waktu.¹⁵

Hasil penelitian ini mengidentifikasi beberapa hambatan dalam menjalankan proses klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit, terutama terkait dengan pengisian resume medis dalam sistem EMR "Ecalyptus" oleh DPJP. Proses ini memakan waktu yang signifikan, sekitar 10 menit atau lebih untuk setiap pasien, dan dapat menjadi kendala terutama saat rumah sakit ramai dengan pasien atau dalam situasi yang memerlukan perhatian intensif. Selain itu, masalah terkait pengisian resume medis yang tidak lengkap dan kurang tepat bisa memengaruhi kualitas diagnosis pasien, yang pada akhirnya berdampak pada klaim BPJS Kesehatan.^{16,17}

Kendala lain termasuk ketiadaan berkas penunjang pasien yang tidak selalu dibawa oleh pasien, yang dapat mengganggu proses diagnosis dan perawatan. Proses klaim BPJS di rumah sakit menyebabkan waktu petugas terpakai untuk memperbaiki dokumen agar dana *pending* dapat dicairkan.

Kekurangan penelitian melibatkan batasan cakupan sampel dan subjektivitas interpretasi wawancara. Fokus pada satu rumah sakit dapat membatasi generalisasi temuan. Namun, kelebihanannya terletak pada pemahaman mendalam tentang dampak dan mekanisme kerja *pending* klaim, memberikan dasar untuk saran-saran perbaikan dalam penanganan klaim BPJS Kesehatan.

Kesimpulan

Rumah Sakit X di Kota Bogor mengalami keterlambatan klaim BPJS Kesehatan karena kurangnya petugas, meskipun Standar Operasional Prosedur (SOP) bukan kendala utama. Faktor utama penyebab keterlambatan adalah kelengkapan berkas klaim, terutama dari segi administratif dan medis. Dampaknya adalah pembayaran tertunda oleh BPJS, yang mengganggu aliran dana rumah sakit dan

mengurangi jasa medis yang seharusnya diberikan. dilakukan sosialisasi kepada Masyarakat dan koordinasi pandangan medis serta administratif terkait SOP BPJS; Pemantauan dan pemahaman yang lebih baik terhadap aturan BPJS oleh (DPJP); Perbaikan kelengkapan berkas pasien, termasuk penunjang medis dan informasi yang tepat dalam resume medis; serta integrasi (EMR) dengan platform SATU SEHAT untuk memfasilitasi akses terhadap berkas penunjang pasien.

Conflict of interest

Penelitian ini tidak memiliki *conflict of interest*.

Authors contribution

AHD: Meyusun merancang analisis, mengumpulkan data, menulis artikel, HH, FAS: Memberikan masukan dalam isi, pembahasan dan penulisan artikel.

Acknowledgment

Penulis berterimakasih kepada seluruh pihak yang terlibat dalam penyusunan artikel ini.

Daftar Pustaka

1. Kemenkes RI. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. 2020. p. 1–80.
2. Putu L, Ulandari S, Ilyas Y, Indrayathi PA, Kesehatan K, Kedokteran F, et al. Strategy Implementation of National Health Insurance Using Balanced Scorecard Method: A Case Study in X Hospital in Tangerang. *J Ekon Kesehat Indones*. 2018;5(2):41–60.
3. Ayu Putri NK, Karjono K, Uktutias SA. Analisis Faktor-Faktor Penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Di RSUD Dr. R. Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro. *J Manaj Kesehat Yayasan RSDr Soetomo*. 2019;5(2):134.
4. Peraturan Presiden Republik Indonesia No. 12 Tahun 2023 tentang Jaminan Kesehatan. 2013.
5. Puspita VI, Haksama S. Identifikasi Resources Constraint Pada Kinerja Pelayanan Dengan Pendekatan Theory of Constraint Di Instalasi Rawat Inap Rsu Haji Surabaya. *Indones J Public Heal*. 2019;14(2):221.
6. Nevy Kusumaning Ayu Putri. Faktor Penyebab Keterlambatan Pengajuan Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap. 2019.
7. Pratama A, Fauzi H, Nur Indira Z, Purnama Adi P. Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap Akibat Koding Rekam Medis Di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soedirman Kebumen. *J Ilm Perekam dan Inf Kesehat Imelda*. 2023;8(1):124–34.
8. Noviatry LW, Sugeng. Analisis Faktor Penyebab Keterlambatan Penyerahan Klaim BPJS di RS Panti Nugroho Lenty. *J Kesehatan Vokasional*. 2016;1(1):22–6.
9. Dwi Astuti L, Chotimah I, Khodijah Parinduri S. Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Proses Klaim Bpjs Di Rsud Leuwiliang Bogor Tahun 2018. *Promotor*. 2021;4(3):235–52.
10. Susilowati I, Ishak BM, Ardilla NMI, Nurhadi. Overview of Service Administration Conditions Bpjs Outcome Patients At X Jombang Hospital. *J Kesehat Mahardika*. 2022;9(1):7–15.
11. Agiwahyunto F, Anjani S, Juwita A. Tinjauan Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Kasus Gawat Darurat. *J Manaj Inf Kesehat Indones*. 2021;9(2):125.
12. Savitri FW, Gustiana S. Analisis Prosedur Klaim Bpjs Dan Sop Rawat Inap Guna Menunjang Efektivitas Kerja Pegawai Di Pmn Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung. *J Teras Kesehat*. 2022;4(2):40–6.
13. Kurnia EK, Mahdalena. Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit X Periode Triwulan 1 Tahun 2022. *Pros Semin Inf Kesehat Nas*. 2022;1(1):173–7.
14. Maulida ES, Djunawan A. Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga. *Media Kesehat Masy Indones*. 2022;21(6):374–9.
15. Suhartoyo. Klaim Rumah Sakit Kepada BPJS Kesehatan Berkaitan Dengan Rawat Inap Dengan Sistem INA– CBGs. *Adm Law Gov J*. 2018;1(2):182–95.
16. Santiasih WA, Simanjorang A, Satria B. Analisis Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap Di RSUD Dr. Rm Djoelham Binjai. *J Healthc Technol Med*. 2021;7(2):2615–109.
17. Simbolon F, Ascobat Gani. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Pending Klaim Rawat Inap: Literatur Review. *J Keperawatan dan Kesehat [Internet]*. 2023;14(1):72–8. Available from: <http://jurnal.itekesmukalbar.ac.id>