

Online: <https://jurnal.fk.uisu.ac.id/index.php/stm>

Jurnal Kedokteran STM (Sains dan Teknologi Medik)

ISSN 2614-610X (Print) | ISSN 2614-8218 (Online)



Artikel Penelitian

ANALISIS PENERIMAAN KLAIM BPJS KESEHATAN DI RS HERMINA MEDAN TAHUN 2025**ANALYSIS OF BPJS HEALTH CLAIM ACCEPTANCE AT HERMINA MEDAN HOSPITAL IN 2025****Rafika Aulia Nisa,^{a*} Arifah Devi Fitriani,^b Asriwati^b**^a Program Studi S2, Institut Kesehatan Helvetia, Jl. Kaptem Sumarsono. No. 107, Medan, 20124, Indonesia^b Ilmu Kesehatan Masyarakat, Institut Kesehatan Helvetia, Jl. Kaptem Sumarsono. No. 107, Medan, 20124, Indonesia**Histori Artikel**Diterima:
13 Maret 2026Revisi:
17 April 2026Terbit:
01 Juli 2026**Kata Kunci**BPJS, Kesehatan,
Klaim, Dokumen,
Koding**Keywords***BPJS, Health, Claim,
Document, Coding****Korespondensi**Rafika Aulia Nisa,
Program Studi S2
Kesehatan Masyarakat,
Institut Kesehatan
Helvetia, Email:
rafikaaulian@gmail.com**A B S T R A K**

Permasalahan pending klaim BPJS Kesehatan merupakan isu krusial yang berdampak langsung terhadap stabilitas keuangan dan efisiensi pelayanan rumah sakit. Proses klaim yang tertunda tidak hanya menghambat arus kas institusi, tetapi juga mengganggu kesinambungan operasional dan kepuasan tenaga medis. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis penerimaan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Hermina Medan tahun 2025 serta menilai efektivitas pelaksanaan kebijakan dan prosedur operasional standar (SPO) dalam proses klaim. Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif deskriptif dengan metode wawancara mendalam serta dilengkapi dengan studi dokumentasi terhadap dokumen SOP dan laporan klaim rumah sakit. Data dianalisis menggunakan teknik tematik (open coding, axial coding, dan selective) coding. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tema yang paling sering muncul adalah ketidaklengkapan dokumen rekam medis akibat hasil pemeriksaan penunjang yang terlambat diunggah ke sistem; ketidaktepatan kode diagnosis; dan keterbatasan pemahaman coder terhadap penentuan diagnosis. Studi dokumentasi menunjukkan bahwa implementasi SPO belum optimal karena audit internal masih dilakukan secara retrospektif. Kesimpulan yang dapat diambil adalah permasalahan pending klaim BPJS bersifat multidimensional dan sistemik (aspek administrasi, teknis, dan manajerial). Upaya peningkatan efektivitas klaim melalui pelatihan berkelanjutan bagi koder dan verifikator, optimalisasi audit internal, serta penguatan digitalisasi proses klaim berbasis SIMRS perlu dilakukan.

A B S T R A C T

The issue of pending BPJS Kesehatan claims is a crucial issue that directly impacts the financial stability and service efficiency of hospitals. Delayed claims not only hamper the institution's cash flow, but also disrupt operational continuity and medical staff satisfaction. This study aims to analyze the acceptance of BPJS Kesehatan claims at Hermina Hospital in Medan in 2025 and assess the effectiveness of policy implementation and standard operating procedures (SOPs) in the claims process. This study uses a descriptive qualitative approach with in-depth interviews and is supplemented by a documentation study of SOP documents and hospital claim reports. The data were analyzed using thematic coding techniques (open coding, axial coding, and selective coding). The results showed that the most frequently emerging themes were incomplete medical records due to delayed uploading of supporting examination results to the system; inaccurate diagnosis codes; and coders' limited understanding of diagnosis determination. The documentation study showed that the implementation of SOPs was not yet optimal because internal audits were still conducted retrospectively. The conclusion that can be drawn is that the problem of pending BPJS claims is multidimensional and systemic (administrative, technical, and managerial aspects). Efforts to improve claim effectiveness through ongoing training for coders and verifiers, optimization of internal audits, and strengthening the digitization of SIMRS-based claim processes need to be carried out.

DOI: <https://doi.org/10.30743/stm.v9i2.1226>

This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

PENDAHULUAN

Sistem pembiayaan kesehatan menjadi salah satu isu strategis yang terus mendapat perhatian serius dari berbagai negara. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mencatat bahwa lebih dari 4,5 miliar orang di dunia belum sepenuhnya memiliki akses terhadap layanan kesehatan esensial, dan sekitar 2 miliar orang mengalami beban pengeluaran. Secara global, jaminan kesehatan mengacu pada konsep *Universal Health Coverage* (UHC), yaitu sistem kesehatan yang memastikan setiap orang dapat mengakses layanan kesehatan yang berkualitas tanpa mengalami kesulitan finansial.¹

Menurut Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, menyatakan bahwa setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Upaya mewujudkan hak tersebut pemerintah harus menyelenggarakan pelayanan Kesehatan yang merata, adil dan terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat.²

Pemerintah Indonesia membentuk sebuah sistem Jaminan Kesehatan Nasional (Program JKN) yang dirumuskan dengan tujuan memberikan jaminan Kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia.³ Peningkatan Kesehatan masyarakat merupakan hak seluruh warga negara dan hal ini dapat dicapai melalui penyediaan layanan Kesehatan yang bermutu. Rumah sakit merupakan salah satu sarana Kesehatan yang berperan dalam menyediakan pelayanan Kesehatan secara paripurna, meliputi rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat.

Penyelenggaraan pelayanan Kesehatan di rumah sakit memiliki struktur organisasi dan karakteristik, terutama setelah diberlakukannya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada bulan Januari 2014.⁴

Pengajuan klaim BPJS Kesehatan di Indonesia menggunakan sistem Casemix (Case Based Payment) yang telah diterapkan sejak tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Sistem casemix ini merupakan metode pengelompokan diagnosis dan prosedur berdasarkan kesamaan ciri klinis dan penggunaan sumber daya atau biaya perawatan. Pengelompokan ini dilakukan dengan menggunakan software khusus yang disebut grouper dengan sistem Casemix yang diterapkan di Indonesia dikenal dengan nama INA CBG's (*Indonesia Case Based Group's*). INA CBG's mengelompokkan diagnosis dan prosedur dengan tarif yang didasarkan pada rata-rata biaya perawatan untuk setiap kelompok diagnosis dan prosedur.⁵

Pola pembayaran dengan INA-CBGs yang diselenggarakan BPJS Kesehatan harus melalui tahap verifikasi berkas. Klaim yang diajukan oleh fasilitas kesehatan terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan yang bertujuan menguji kebenaran administrasi untuk dipertanggung jawabkan.⁶ Pengajuan klaim ke BPJS Kesehatan harus menggunakan resume medis dengan diagnosa dan prosedur tindakan merujuk pada ICD-10 atau ICD-9-CM dalam bentuk kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder.⁷ Dalam hal verifikasi klaim ada beberapa kemungkinan

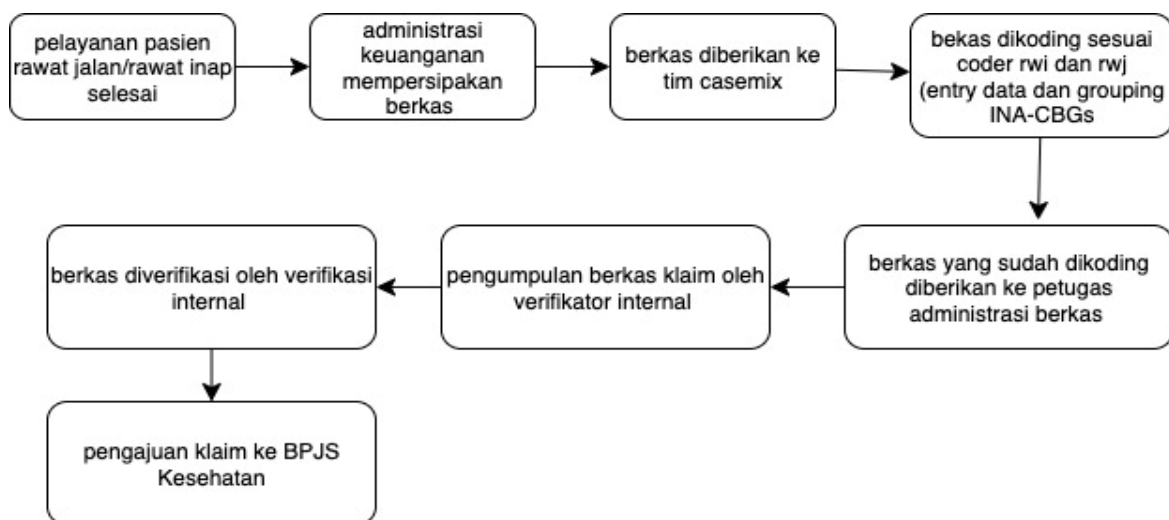
diantara adalah pengembalian (pending) dan pending klaim JKN.

Pending klaim mengakibatkan jumlah klaim yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan lebih kecil dibandingkanajuan awal klaim tersebut. Hal ini berdampak pada arus kas rumah sakit dan menimbulkan masalah pada penggajian karyawan, pembayaran pelayanan medis spesialis, ketersediaan obat dan pemeliharaan fasilitas rumah sakit dan peralatan medis.⁸ Keterlambatan pembayaran akibat dari pending klaim menjadi kendala dalam operasional layanan, jika berlangsung terus menerus dan dalam jangka waktu yang cukup lama akan menyebabkan permasalahan likuiditas bagi rumah sakit yang berujung krisis.

Rumah Sakit Hermina Medan adalah rumah sakit dengan akreditasi paripurna yang menyelenggarakan pelayanan Kesehatan program JKN. Peneliti menemukan banyak masalah dibagian administrasi BPJS Kesehatan terkait pengajuan klaim asuransi BPJS Kesehatan yang dikembalikan selama 1 tahun periode yang meliputi klaim pending untuk

layanan rawat jalan, dan klaim pending untuk rawat inap. Hal ini dapat disebabkan oleh permasalahan yang bersifat multidimensional, mencakup aspek administrasi, teknis, dan manajerial.

Penelitian mengenai pending klaim BPJS Kesehatan sebelumnya umumnya menyoroti faktor teknis seperti ketidaklengkapan dokumen rekam medis, ketidaktepatan coding, dan keterlambatan pengajuan klaim. Namun, sebagian besar studi masih bersifat deskriptif dan menganalisis faktor secara parsial, sehingga belum menggambarkan keterkaitan antara aspek administratif, teknis, dan manajerial secara menyeluruh. Berbeda dengan penelitian terdahulu, studi ini menggunakan pendekatan kualitatif untuk mengeksplorasi secara mendalam dinamika proses klaim, termasuk implementasi SPO, audit internal, dan integrasi sistem informasi, sehingga memberikan perspektif yang lebih komprehensif dalam memahami permasalahan penerimaan klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit.



Gambar 1. Alur Klaim diRumah Sakit Hermina Medan

Penelitian ini memiliki tujuan untuk mengeksplorasi faktor-faktor yang berperan dalam penerimaan klaim BPJS Kesehatan di RS Hermina. Mengeksplorasi faktor-faktor tersebut diharapkan dapat memberikan gambaran masalah administrasi yang berperan dalam pengembalian klaim BPJS Kesehatan di RS Hermina. Hal ini dapat memberikan masukan kepada pihak manajerial dalam menguatkan sistem administrasi di RS Hermina.

METODE

Penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan pendekatan kualitatif dengan studi fenomenologi dan studi dokumen. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Hermina Medan yang berlokasi di Jalan Asrama, Sei Sikambing C. II, Kecamatan Medan Helvetia, Kota Medan, Sumatera Utara. Informan pada penelitian adalah orang-orang yang benar-benar mengetahui permasalahan yang diteliti. Jumlah informan yang digunakan dalam penelitian ini sebesar 7 orang dari pihak Rumah Sakit dengan rincian sebagai berikut: 1 orang coder rawat inap, 2 orang coder rawat jalan, 1 orang direktur rumah sakit, 1 orang manajer atau verifikator internal, 1 orang administrasi pemberkasan klaim, dan 1 orang kepala rekam medis.

Pengambilan data dilakukan dengan menggunakan wawancara mendalam (*indepth interview*) kepada masing-masing informan. Pertanyaan yang diberikan terdiri atas 6 bagian yaitu: kelengkapan dokumen rekam medis, ketepatan coding dan diagnosa, kecepatan dan ketepatan waktu, readmisi dan fragmentasi, *severity level*, dan pemeriksaan penunjang

medis. Teknik triangulasi, *member check* dilakukan untuk memastikan hasil wawancara memiliki kredibilitas yang baik. Pengambilan data (wawancara mendalam) pada penelitian ini menerapkan prinsip-prinsip etika sesuai dengan kesepakatan Helsinki.

Selain itu analisis dokumen dilakukan untuk memberikan informasi tambahan (sebagai sumber data sekunder) yang mendukung hasil wawancara mendalam. Dokumen yang digunakan dapat berupa catatan, laporan, surat, buku, atau dokumen resmi lainnya. Studi dokumentasi memberikan wawasan tentang konteks historis, kebijakan, peristiwa, dan perkembangan yang relevan dengan fenomena yang diteliti yang terkait dan dokumen-dokumen yang berhubungan dengan tingkat penerimaan klaim BPJS Kesehatan.

Analisis data dalam penelitian ini dilakukan menggunakan pendekatan analisis tematik (*thematic analysis*) dengan tahapan *open coding*, *axial coding* dan *selective coding*. Analisis tematik dipilih karena mampu menggali secara mendalam di berbagai tema dan makna dari pengalaman, persepsi, dan padangan informasi terkait proses dan kendala dalam penerimaan klaim BPJS Kesehatan.

HASIL

Berdasarkan hasil wawancara mendalam dengan informan utama, informan kunci, dan informan pendukung, penelitian ini mengungkap dinamika yang cukup kompleks dalam proses penerimaan klaim BPJS di Rumah Sakit Hermina Medan tahun 2025. Melalui proses analisis bertahap meliputi *open coding*, *axial coding*, dan *selective coding* teridentifikasi enam

tema utama yang saling berkaitan dan menggambarkan pengalaman nyata para pelaksana klaim di lapangan. Enam tema tersebut mencakup ketidaklengkapan dokumen rekam medis, ketidaktepatan kode diagnosis dan tindakan, kecepatan dan ketepatan waktu akibat keterbatasan sumber daya manusia yang berimplikasi pada keterlambatan proses kerja, tantangan dalam menentukan *severity level*, persoalan *readmisi* dan fragmentasi, serta kesesuaian pemeriksaan penunjang.

Temuan pertama menunjukkan bahwa ketidaklengkapan dokumen rekam medis merupakan faktor yang paling dominan dalam menyebabkan klaim tertunda. Hampir seluruh informan, baik dari bagian *coder*, pemberkasan, maupun manajemen, menyebutkan bahwa hasil pemeriksaan penunjang seperti radiologi, laboratorium, patologi anatomi, dan hasil kultur sering kali belum tersedia atau terlambat diunggah pada saat proses klaim dilakukan.

Temuan kedua berkaitan dengan ketidaktepatan kode diagnosis dan tindakan. Para *coder* mengaku kerap mengalami kesulitan dalam menentukan kode ICD-10 dan ICD-9, terutama untuk kasus-kasus kompleks seperti pasien ICU, tindakan bedah, maupun pasien dengan diagnosis ganda. Beberapa informan juga menegaskan bahwa ketidaktepatan kode, terutama ketidaksesuaian antara tindakan dan diagnosis, merupakan salah satu penyebab utama klaim tertunda.

Temuan ketiga berkaitan dengan keterlambatan proses dan keterbatasan sumber daya manusia (SDM) yang berdampak pada akurasi serta ketepatan waktu pengajuan klaim. Para informan menggambarkan beban kerja

yang cukup tinggi, di mana *coder* rawat inap harus menyelesaikan sekitar 40 hingga 50 berkas per hari, sementara *coder* rawat jalan menangani hingga 120 berkas. Adaptasi terhadap sistem SIMRS baru juga disebut sebagai salah satu faktor penghambat karena memerlukan waktu penyesuaian, sehingga proses klaim pada bulan berjalan menjadi tertunda.

Temuan empat berhubungan dengan tantangan dalam menentukan *severity level*, yang menjadi aspek krusial dalam proses pengajuan klaim. Informan utama dan pihak manajemen menjelaskan bahwa penentuan *severity level* sangat bergantung pada kelengkapan dokumen pendukung dan kejelasan diagnosis sekunder yang dicantumkan oleh DPJP. Beberapa informan menuturkan bahwa semakin tinggi tingkat *severity*, semakin besar pula perhatian yang diberikan oleh verifikator BPJS, terutama bila nilai klaim tergolong tinggi.

Temuan kelima mengangkat persoalan *readmisi* dan fragmentasi yang sering kali terlewat, namun berpengaruh terhadap kelayakan klaim. Beberapa *coder* mengaku masih memiliki keterbatasan dalam memahami konsep *readmisi*, terutama di unit rawat jalan, sementara fragmentasi relatif lebih mudah dikenali. Kurangnya kewaspadaan terhadap kasus *readmisi* menyebabkan klaim tetap dikirim meskipun seharusnya tidak diajukan, sehingga berpotensi menimbulkan koreksi atau penolakan di tingkat verifikator BPJS.

Temuan terakhir kesesuaian atau kelengkapan pemeriksaan penunjang medis menjadi masalah yang cukup kerusial jika tidak dilengkapi. Hal ini bisa mendukung hasil klaim nantinya diterima atau tidak. Ketidaksesuaian

atau ketiadaan hasil penunjang (seperti rontgen, EKG, EEG, echo, atau follow sheet ventilator) sering menjadi alasan klaim pending. Permasalahan umum meliputi keterlambatan hasil, belum dibacanya hasil oleh dokter, atau kesalahan administrasi seperti identitas pasien tidak lengkap. Pemeriksaan penunjang yang lengkap dan tepat waktu sangat menentukan keberhasilan klaim BPJS.

DISKUSI

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ketidaklengkapan dokumen rekam medis merupakan faktor yang paling dominan dalam menyebabkan pending klaim. Hasil pemeriksaan penunjang seperti radiologi, laboratorium, patologi anatomi, dan hasil kultur sering terlambat diunggah ke sistem sehingga berkas klaim dinyatakan tidak layak untuk diverifikasi. Keterlambatan pengunggahan di sistem akibat dokter spesialis (radiologi) tidak langsung/tidak segera membaca hasil pemeriksaan, selain itu pemeriksaan-pemeriksaan penunjang yang dilakukan diluar rumah sakit (Patologi Anatomi) juga sering menjadi kendala keterlambatan. Hal ini mengakibatkan proses koding dan verifikasi administratif mengalami hambatan.

Hasil ini sejalan dengan penelitian Riza Suci Ernaman Putri (2024) yang menemukan bahwa berkas tidak lengkap menjadi penyebab utama pending klaim BPJS di RS X Batam.⁹ Temuan serupa juga dikemukakan oleh Tambunan (2022), yang melaporkan bahwa sebagian besar berkas klaim ditolak karena ketidaktelitian petugas dalam memeriksa kelengkapan dokumen.¹⁰ Rahmida (2023) menambahkan bahwa keterlambatan pengunggahan dokumen dari unit penunjang

berpengaruh terhadap ketepatan waktu klaim. Merujuk dari hasil penelitian yang ada, dapat diinterpretasikan bahwa walaupun Rumah Sakit Hermina Medan telah memiliki standar prosedur operasional (SPO) yang lengkap, kepatuhan pelaksana terhadap standar tersebut masih menjadi kendala utama.¹¹

Ketidaktepatan kode diagnosis dan tindakan merupakan faktor kedua yang dominan. Informan mengungkapkan bahwa coder sering mengalami kesulitan dalam menentukan kode ICD-10 dan ICD-9, terutama untuk kasus-kasus dengan diagnosis ganda atau kompleks seperti pasien ICU dan operasi bedah. Penelitian ini konsisten dengan hasil penelitian Rizkia Amanda (2023), yang menunjukkan bahwa ketepatan koding memiliki pengaruh signifikan terhadap kelayakan klaim JKN, di mana klaim dengan kode diagnosis yang tepat memiliki peluang 20,7 kali lebih besar untuk disetujui BPJS.^{12,13} Penelitian Sayati (2023) juga menemukan bahwa 76% pending klaim di Klinik RMC Padang disebabkan oleh ketidaktepatan kode diagnosis.¹⁴

Penelitian lain juga yang dilakukan oleh Made Ayu Dartini (2024) melaporkan bahwa pada kasus pneumonia berat dan sepsis, terjadi perbedaan interpretasi kode antara pihak rumah sakit dan verifikator BPJS, yang berdampak pada pending klaim.¹⁵ Atas dasar pemaparan tersebut, dapat disimpulkan bahwa ketidaktepatan pengkodean diagnosis bukan hanya kesalahan teknis individual, tetapi mencerminkan perlunya peningkatan pemahaman koder terhadap pedoman INA-CBG's dan integrasi antara data klinis dengan data administratif rumah sakit.

Informan menggambarkan beban kerja yang tinggi dimana coder rawat inap menangani 40-50 berkas per hari, sedangkan coder rawat jalan menangani hingga 120 berkas. Tekanan waktu menyebabkan potensi kesalahan meningkat dan keterlambatan dari unit penunjang memperpanjang proses klaim. Temuan ini mendukung penelitian Eriati (2024) yang menggunakan model *5M (Man, Method, Machine, Material, Money)* dan menegaskan bahwa faktor manusia menjadi unsur paling dominan dalam efektivitas klaim.^{16,17} Hasil serupa juga dilaporkan oleh Rabiulyati (2024), yang menyebutkan bahwa kurangnya pelatihan dan *feedback loop* antarunit menjadi penyebab utama rendahnya akurasi klaim.¹⁸ Adanya keterbatasan SDM tidak hanya berdampak pada beban kerja, tetapi juga pada kualitas verifikasi data. Peningkatan kapasitas SDM melalui pelatihan berkelanjutan dan perbaikan sistem informasi menjadi langkah strategis yang perlu diambil.

Penentuan *severity level* atau tingkat keparahan menjadi tantangan tersendiri dalam proses klaim BPJS di RS Hermina Medan. Informan menjelaskan bahwa kasus dengan kompleksitas tinggi seperti sepsis dan pneumonia berat sering menimbulkan perbedaan interpretasi antara koder dan verifikator BPJS. Faktor kelengkapan diagnosis sekunder dan dokumen pendukung menjadi penentu utama validitas *severity level*. *Masih banyak DPJP belum memahami cara menentukan severity level hal ini tercermin dari isi resume medis yang di isi oleh DPJP tidak sesuai ketentuan.*

Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian Made Ayu Dartini (2024), yang

menyebutkan bahwa *severity level* menjadi area sensitif dalam proses klaim karena terkait langsung dengan nilai klaim yang diajukan.¹⁵ Menurut Raudya (2024), perbedaan pemahaman antara pihak rumah sakit dan BPJS dalam menafsirkan *severity* sering menimbulkan *pending* klaim.^{11,19} Oleh karena itu, dapat diinterpretasikan bahwa belum adanya keseragaman persepsi antar-institusi dalam menentukan *severity level* menimbulkan potensi keterlambatan proses klaim. Diperlukan pelatihan terpadu antara BPJS dan koder rumah sakit agar proses verifikasi menjadi lebih objektif dan efisien.

Persoalan *readmisi* dan *fragmentasi* menjadi faktor penyebab lain pending klaim yang sering kali terlewat. Kurangnya kewaspadaan terhadap kasus *readmisi* menyebabkan klaim diajukan meskipun pasien masih dalam periode kunjungan berulang. Kasus ini umum ditemukan pada pasien dengan penyakit kronis. Berdasarkan observasi yang dilakukan peneliti masih belum maksimalnya proses verifikasi internal yang dilakukan rumah sakit melalui *Utilization Review (UR)* sering terklaim.

Fenomena serupa ditemukan oleh Santiasih et al. (2021), yang menjelaskan bahwa banyak klaim ditolak oleh BPJS karena dianggap merupakan *readmisi* dalam rentang waktu yang belum sesuai ketentuan.⁶ Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa identifikasi *readmisi* di RS Hermina masih dilakukan secara manual melalui sistem E-Klaim atau verifikasi internal. Temuan seperti ini menunjukkan perlunya *alert system* otomatis dalam SIMRS yang dapat mendeteksi

pasien yang kembali berobat dalam kurun waktu tertentu.

Berdasarkan hasil wawancara mendalam, pemeriksaan penunjang medis merupakan salah satu komponen yang paling menentukan dalam kelayakan klaim BPJS Kesehatan di Rumah Sakit Hermina Medan. Informan utama, kunci, maupun pendukung secara konsisten menyampaikan bahwa keterlambatan dan ketidaksesuaian hasil pemeriksaan penunjang menjadi penyebab utama berkas klaim tidak dapat diproses tepat waktu. Tanpa dukungan hasil penunjang yang lengkap dan relevan dengan diagnosis, proses koding diagnosis, penentuan *severity level*, hingga verifikasi klaim oleh BPJS tidak dapat dilakukan secara optimal. Riza (2024) yang menyatakan bahwa ketidaklengkapan hasil pemeriksaan penunjang merupakan faktor dominan terjadinya pending klaim BPJS di rumah sakit rujukan, khususnya pada kasus rawat inap dengan tingkat kompleksitas tinggi.⁶

Penelitian Tambunan (2022) juga menunjukkan bahwa keterlambatan unggah hasil penunjang menjadi penyebab utama pengembalian berkas klaim oleh BPJS karena dinilai tidak memenuhi persyaratan administratif.¹⁰ Hal yang sama juga ditemukan pada penelitian Rizkia (2023), hasil penelitiannya menegaskan bahwa kesesuaian antara diagnosis, tindakan, dan pemeriksaan penunjang menjadi aspek krusial dalam penilaian klaim, di mana klaim dengan hasil penunjang yang tidak mendukung diagnosis utama cenderung mengalami koreksi atau pending.¹²

Jika dinilai dari sudut pandang sistem dan manajerial, hasil penelitian ini mengonfirmasi temuan Eriati (2024) dan Rabiulyati (2024) yang menyatakan bahwa keterlambatan hasil pemeriksaan penunjang sering kali dipengaruhi oleh keterbatasan sumber daya manusia, tingginya beban pelayanan, serta belum optimalnya integrasi sistem informasi antarunit.^{16,18} Informan dalam penelitian ini menjelaskan bahwa kendala operasional di unit penunjang, seperti keterbatasan petugas dan tingginya volume pemeriksaan, berdampak langsung pada kecepatan penyediaan dan unggah hasil pemeriksaan. Hal ini menyebabkan proses pemberkasan klaim menjadi tertunda dan berimplikasi pada keterlambatan pengajuan klaim secara keseluruhan. Temuan ini menunjukkan bahwa permasalahan pemeriksaan penunjang bersifat sistemik dan tidak dapat dipisahkan dari tata kelola pelayanan rumah sakit secara menyeluruh.

Hasil telaah dokumen menunjukkan Rumah Sakit Hermina Medan telah memiliki perangkat kebijakan dan standar prosedural yang cukup komprehensif untuk mendukung pelaksanaan proses klaim BPJS Kesehatan. Namun pada kenyataannya hasil wawancara dengan informan utama dan pendukung menunjukkan bahwa keberadaan dokumen prosedural tersebut belum sepenuhnya diikuti oleh tingkat implementasi yang konsisten di lapangan. Ditemukan adanya kesenjangan antara kebijakan tertulis dengan praktik pelaksanaan, terutama pada tahap verifikasi internal dan audit JKN. Beberapa informan mengemukakan bahwa audit internal sering kali dilakukan secara retrospektif setelah klaim dikirimkan ke BPJS,

bukan secara preventif untuk memastikan kelengkapan berkas sebelum pengajuan. Pola ini mengindikasikan bahwa dokumen SPO lebih berfungsi sebagai alat administratif daripada instrumen pengendalian mutu yang bersifat proaktif.²⁰ Kondisi tersebut konsisten dengan temuan Tambunan (2022), yang menyatakan bahwa sebagian besar rumah sakit di Indonesia telah memiliki SOP klaim BPJS secara lengkap, namun penerapannya masih bersifat formalitas dan belum disertai mekanisme pemantauan yang terukur.¹⁰

Proses audit cenderung dilakukan setelah terjadi *pending* klaim atau pengembalian berkas oleh BPJS, bukan sebagai bagian dari pengawasan rutin yang berorientasi pada pencegahan kesalahan. Keterbatasan ini menyebabkan lemahnya umpan balik (*feedback loop*) antara unit pengkodean, pelayanan medis, dan administrasi klaim. Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian Rabiulyati (2024) dan Eriati (2024), yang menegaskan bahwa keberhasilan pelaksanaan klaim BPJS tidak hanya ditentukan oleh kelengkapan dokumen dan prosedur, melainkan oleh efektivitas komunikasi, pengawasan internal, serta supervisi antarunit.^{16,18}

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan yang perlu diperhatikan dalam menginterpretasikan hasil dan generalisasi temuan. Keterbatasan dalam hal cakupan lokasi, konteks dan metode penelitian yang hanya difokuskan pada satu institusi, dan hanya menggunakan metode pengumpulan data yang bersifat kualitatif. Walaupun pendekatan ini memberikan pemahaman yang komprehensif mengenai dinamika klaim BPJS di lapangan,

hasilnya sangat bergantung pada persepsi, pengalaman, dan subjektivitas informan. Keterbatasan lainnya adalah pada ruang lingkup analisis yang lebih menitikberatkan pada aspek manajerial dan administratif, sementara dimensi klinis dan finansial belum dieksplorasi secara mendalam.

KESIMPULAN

Beberapa hal yang menjadi faktor penyebab pending klaim BPJS Kesehatan adalah ketidaklengkapan dokumen rekam medis; ketidaktepatan kode diagnosis; kecepatan dan ketepatan waktu dalam proses pengajuan klaim; tantangan dalam menentukan severity level; readmisi dan fragmentasi pelayanan; dan kelengkapan dan kesesuaian pemeriksaan penunjang medis. Permasalahan pending klaim BPJS Kesehatan di RS Hermina Medan bersifat sistemik dan multidimensional, yang melibatkan aspek administratif, teknis, dan manajerial. Permasalahan tidak hanya berkaitan dengan faktor teknis pengkodean dan dokumentasi, tetapi juga dipengaruhi oleh keterbatasan sumber daya manusia serta integrasi sistem informasi yang belum optimal dalam mendukung proses klaim.

Implementasi kebijakan dan Standar Prosedur Operasional (SPO) terkait klaim BPJS Kesehatan pada dasarnya telah tersedia secara lengkap. Namun pelaksanaannya belum sepenuhnya optimal karena audit internal masih lebih banyak dilakukan secara retrospektif setelah klaim diajukan, bukan secara preventif sebelum proses klaim dilakukan. Peneliti menyarankan pengembangan model prediksi risiko pending klaim berbasis data analytics

sebagai inovasi dalam pengelolaan klaim rumah sakit di era digital.

DAFTAR REFERENSI

1. Pardomuan JD, Triadi I. Pemenuhan Hak Pelayanan Kesehatan Bagi Kelompok Usia Rentan di Indonesia Berdasarkan Asas Keadilan, Kepastian Hukum dan Kemanfaatan. *Pemuliaan Keadilan*. 2024;1(4):143-157.
2. Indonesia R. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. *Lembaran Negara Republik Indones Tahun*. Published online 2023.
3. SITI NA, WULAN S, RISWANDY W. Membangun Sistem Jaminan Kesehatan Nasional yang Berkualitas: Kajian Literatur untuk Mempelajari Tantangan dan Merumuskan Solusi. *AN-NAJAT Vypedumelu Sekol Tinggi Ilmu Kesehat Ibnu Sina Ajibarang*. 2024;2(4):45-60.
4. Syahputri FA, Khairani K, Gurning FP. ANALISIS FAKTOR PENYEBAB PENDING KLAIM BPJS KESEHATAN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT UMUM X KOTA MEDAN. *JKM (Jurnal Kesehat Masyarakat) Cendekia Utama*. 2024;12(3):339-355.
5. Dewi NF, Zahwa A. Tinjauan Berkas Klaim Tertunda Pasien Rawat Jalan BPJS Kesehatan RS Hermina Galaxy. *J Adm Bisnis Terap*. 2023;5(2):1.
6. Santiasih WA, Simanjorang A, Satria B. Analisis penyebab pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap di RSUD Dr. RM Djoelham Binjai. *J Healthc Technol Med*. 2022;7(2):1381-1394.
7. 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):374-379.
8. Yulia Y, Putri KA. FAKTOR PENYEBAB PENDING KLAIM PADA PASIEN RAWAT INAP DI RSUD DR. RASIDIN PADANG TAHUN 2022. *J Kesehat Lentera Aisyiyah*. 2022;5(2):634-638.
9. Gunawan E, Rhamadan RS. Analysis of Pending BPJS Outpatient Claims to Support the Quality of Health Service Payments at Hospital X. *Int J Prima Husada Heal*. 2024;1(2):181-191.
10. Tambunan S, Putra DH, Indawati L, Fannya P. TINJAUAN FAKTOR PENYEBAB KLAIM BPJS KESEHATAN RAWAT INAP TERTUNDA DI RSUD TARAKAN. *COMSERVA J Penelit dan Pengabd Masy*. 2022;1(10):816-823.
11. Ahdinur RY, Semiarty R, Fahmy R. Penyebab Pengembalian Berkas Klaim Pelayanan Kesehatan JKN di Rumah Sakit Ibu Dan Anak Mutiara Bunda Padang. *Jik J Ilmu Kesehat*. 2023;7(1):77-86.
12. Amanda R, Sonia D. Hubungan ketepatan kode diagnosis terhadap status klaim JKN rawat inap di Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta. *J Ilm Perekam Dan Inf Kesehat Imelda*. 2023;8(2):175-182.
13. Fahreza SA. Tinjauan Trend Penyebab Pending Claim Jaminan Kesehatan Nasional Rawat Inap di RSUD Ciamis. Published online 2024.
14. Mandia S. Analisis Kasus Penyebab Pending Klaim BPJS di Klinik Utama Ringan-Ringan Medical Centre (RMC) Pakandangan, Padang Pariaman. *JIK J ILMU Kesehat*. 2023;7(2):359-366.
15. Dartini MA, Wasita RRR, Nugraha IGNM. ANALISIS PENYEBAB PENDING KLAIM BADAN PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN PASIEN RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH WANGAYA. *J Inf Kesehat Indones*. 2024;10(1):1-11.
16. Eriati. Determinan penyebab pending klaim BPJS pada pelayanan rawat inap di RSUD Kota Bogor. *J Inov Huk Teknol dan Kebijak Strateg*. 2024;8(4):1-16.
17. Susanto A, Candraningtyas GM, Trijono A. Akurasi Pengkodean Diagnosis dan Prosedur Medis serta Implikasinya terhadap Klaim JKN di RSUD Pandan Arang. *J Ilm Kedokt dan Kesehat [Internet]*. Published online 2025:306-317.
18. Rabiulyati M, Nurwahyuni A, Pujiyanto P. Analisis Klaim Rawat Inap RSUD Kebayoran Baru November 2022–April 2023: Pendekatan Sistem. *J Ekon Kesehat Indones*. 2024;9(1):26-39.
19. Tuzzahra R, Hakim AO, Romodon D, Gunawan G. Penyebab Pengembalian Berkas Klaim BPJS Kesehatan Pasien Rawat Inap Ditinjau Dari Syarat-Syarat Pengajuan Klaim di RSUD Majenang. *J-REMI J Rekam Med dan Inf Kesehat*. 2024;6(1):29-39.
20. Anwar AL, Ningrum HD, Purnamasari AT. Analisis Penyebab Klaim Pending BPJS Kesehatan pada Layanan Rawat Inap di

RSUD Kanjuruhan Kabupaten Malang.
Indones J Heal Insur Med Rec.
2025;2(1):145-155.