

## ANALISIS FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI TINGKAT PENDING KLAIM BPJS KESEHATAN DI RS BHAYANGKARA PEKANBARU PERIODE SEMESTER 1 TAHUN 2024

Kryandhari, Cininta AC., Hatta, Gemala R.<sup>(1)</sup>, dan Istiqlal, Haidar<sup>(1)</sup>

(1) Universitas Respati Indonesia

[cinintaindra@gmail.com](mailto:cinintaindra@gmail.com)

### Abstrak

Rumah sakit sebagai mitra BPJS Kesehatan dalam program JKN menghadapi tantangan *pending* klaim yang berdampak pada operasional dan kualitas layanan. RS Bhayangkara Pekanbaru mencatat 100 kasus pending klaim pada semester 1 tahun 2024 dengan rata-rata 9 berkas tertunda per bulan. Penelitian analitik observasional dengan pendekatan *cross-sectional* ini mengkaji pengaruh kelengkapan administrasi, ketepatan pengkodean, dan kesesuaian *clinical pathway* terhadap status klaim BPJS. Besar populasi penelitian ini adalah 10753 klaim dengan sampel sebanyak 386 klaim yang diambil melalui *purposive sampling* yang kemudian dianalisis dengan uji Chi-Square dan analisis multivariat. Hasil menunjukkan perbedaan signifikan antara kelayakan klaim rawat inap (22,6%) dan rawat jalan (84,3%). Kelengkapan administrasi mencapai 91,9% pada rawat inap dan 97,5% pada rawat jalan, namun hanya berpengaruh signifikan pada rawat jalan ( $p=0,000$ ). Ketepatan kode diagnosis rawat inap (45,2%) lebih rendah dibanding rawat jalan (89,8%), dengan keduanya berhubungan bermakna dengan status klaim. Kesesuaian *clinical pathway* mencapai 85,5% pada rawat inap dan 96,9% pada rawat jalan, namun hanya berpengaruh signifikan pada rawat jalan ( $p=0,000$ ). Secara simultan, ketiga variabel berpengaruh bermakna terhadap status klaim ( $p=0,000$ ), dengan kompleksitas kasus rawat inap menjadi faktor utama tingginya pending klaim. Perlu dilakukan peningkatan kompetensi SDM melalui pelatihan berkala, pengembangan sistem verifikasi berjenjang, koordinasi tenaga medis, evaluasi *clinical pathway*, dan implementasi sistem informasi manajemen klaim terintegrasi.

**Kata Kunci:** BPJS Kesehatan, pending klaim, kelengkapan berkas klaim, ketepatan kode diagnosis, kesesuaian *clinical pathway*.

### Abstract

Hospitals as partners of BPJS Kesehatan in the National Health Insurance program often face challenges with pending claims that impact operational efficiency and service quality. Bhayangkara Pekanbaru Hospital recorded 100 pending cases in the first semester of 2024, with an average of 9 pending cases per month. This observational analytical study with cross-sectional approach examined the influence of administrative completeness, coding accuracy, and clinical pathway compliance on BPJS claim status. Within the population of 10753 claims, 386 samples were selected through purposive sampling and analyzed using Chi-Square tests and multivariate analysis. Results revealed significant differences between inpatient (22,6%) and outpatient (84,3%) claim approval rates. Administrative completeness reached 91,9% for inpatient and 97,5% for outpatient services but only statistically significant for outpatient claims ( $p=0,000$ ). Diagnosis coding accuracy was lower for inpatient services (45,2%) compared to outpatient services (89,8%), with both showing significant relationships to claim status. Clinical pathway compliance reached 85,5% for inpatient and 96,9% for outpatient services, though only significantly influencing outpatient claims ( $p=0,000$ ).

Simultaneously, all three variables had significant effects on claim status ( $p=0,000$ ), with inpatient case complexity being the main factor in high pending claim rates. Recommendations include enhancing staff competency through regular training, developing tiered verification systems, improving medical staff coordination, conducting periodic clinical pathway evaluations, and implementing an integrated claim management information system.

**Keywords:** BPJS Kesehatan, pending claim, completeness of claim document, accuracy of diagnosis code, clinical pathway appropriateness

## PENDAHULUAN

Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan terorganisir menyediakan layanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat yang saling berhubungan dan berkesinambungan. UU Kesehatan No. 36/2009 menetapkan perlindungan kesehatan sebagai hak setiap individu dan tanggung jawab negara (1,2). Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diimplementasikan sejak tahun 2014 merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional berdasarkan UU No. 40/2004, bertujuan memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat melalui BPJS Kesehatan sebagai badan pelaksana (3,4).

Dalam kerjasama rumah sakit dan BPJS, *pending* klaim menjadi kendala yang sering muncul, disebabkan ketidaklengkapan dokumen dan resume medis, serta kesalahan koding diagnosis (5,6). Kondisi ini mengakibatkan pengembalian berkas klaim untuk dilengkapi, menunda proses penagihan, mempengaruhi arus kas, dan berdampak pada keterlambatan pembayaran jasa medis yang dapat mengganggu kualitas pelayanan. Pada tahun 2024, jumlah *pending* klaim BPJS di seluruh rumah sakit di Indonesia mencapai 30% (7).

Di RS Bhayangkara Pekanbaru, terdapat 100 kasus *pending* klaim pada semester 1 tahun 2024 dengan rata-rata 9 berkas tertunda per bulan. Penyebab utamanya meliputi ketidaklengkapan berkas dan tulisan yang tidak terbaca.

Penelitian ini bertujuan menganalisis pengaruh kelengkapan berkas administrasi, ketepatan pengkodean, dan kesesuaian *clinical pathway* terhadap tingkat *pending* klaim BPJS Kesehatan di RS Bhayangkara periode semester 1 tahun 2024. Penelitian ini diharapkan berkontribusi pada pengembangan ilmu manajemen rumah sakit, menjadi dasar pengambilan kebijakan untuk menurunkan *pending* klaim dan meningkatkan efisiensi, serta membantu tim *casemix* dalam mengoptimalkan proses verifikasi internal dan meningkatkan kualitas dokumentasi dan penetapan kode diagnosis.

## METODE

Penelitian ini menggunakan desain analitik observasional dengan pendekatan *cross-sectional*, dimana pengumpulan data variabel independen (kelengkapan berkas administrasi, ketepatan kode diagnosis, dan

kesesuaian *clinical pathway*) dan variabel dependen (*status pending* klaim) dilakukan pada waktu bersamaan. Pendekatan kuantitatif digunakan karena mengumpulkan data numerik yang dianalisis dengan metode statistik untuk menguji hipotesis.

Penelitian dilakukan di RS Bhayangkara Pekanbaru pada Januari 2025 dengan populasi penelitian adalah seluruh klaim BPJS Kesehatan yang diajukan pada semester 1 tahun 2024 sejumlah 10753 klaim. Besar sampel dihitung menggunakan rumus Slovin dengan batas toleransi kesalahan 5%, menghasilkan 386 sampel. Teknik pengambilan sampel menggunakan *purposive sampling* berdasarkan kriteria klaim BPJS Kesehatan yang diajukan pada periode tersebut.

Pengumpulan data dilakukan melalui dokumentasi laporan klaim BPJS Kesehatan dan wawancara dengan *case manager* dan tim *casemix*. Pengolahan data meliputi tahap *editing*, koding, dan input data pada program SPSS. Analisis data menggunakan analisis univariat untuk mengetahui karakteristik masing-masing variabel dan analisis bivariat dengan Uji Chi-Square untuk menganalisis hubungan antara variabel independen dan dependen. Hasil diinterpretasikan berdasarkan teori dan penelitian terdahulu, disajikan dalam bentuk tabel, grafik, dan uraian.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan signifikan dalam tingkat kelayakan klaim pada rawat inap dan rawat jalan. Dari 386 klaim yang dianalisis, terdapat 99 klaim yang *pending*, setara dengan 25,6% dari keseluruhan berkas klaim. Proporsi *pending* klaim pada rawat inap mencapai 77,4%, jauh lebih tinggi dibandingkan dengan proporsi pada kasus rawat

jalan yang hanya 15,7%. Hasil ini muncul akibat adanya kompleksitas yang lebih tinggi dalam proses verifikasi klaim rawat inap (8,9).

Fenomena *pending* klaim juga menjadi tren nasional. Data dari Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARSSI) menunjukkan peningkatan *pending* klaim dari 14% pada Agustus 2024 menjadi 16,2% pada September 2024, hingga kemudian melonjak mencapai 19,6% pada Oktober 2024 dengan nominal mencapai Rp. 545,4 miliar. BPJS Kesehatan membantah kondisi keuangan sebagai penyebab melonjaknya angka *pending* klaim, namun mengakui adanya pengetatan verifikasi klaim sebagai tindak lanjut atas rekomendasi Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) untuk mencegah *fraud* (7).

Penelitian ini mengidentifikasi tiga faktor utama yang mempengaruhi status klaim.

Kelengkapan berkas administrasi pada rawat inap mencapai 91,9% dengan jumlah 57 berkas lengkap dan 5 berkas tidak lengkap (8,1%). Pada rawat jalan, tingkat kelengkapan berkas administrasi mencapai 97,5% dengan 316 berkas lengkap dan hanya 8 berkas tidak lengkap (2,5%). Meskipun tingkat kelengkapan berkas administrasi cukup tinggi pada kedua jenis perawatan, analisis statistik menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna pada rawat inap ( $p=0,0483$ ), sementara pada rawat jalan terdapat hubungan bermakna ( $p=0,000$ ).

Ketepatan kode diagnosis menunjukkan perbedaan mencolok antara rawat inap dan rawat jalan. Pada rawat inap, ketepatan kode diagnosis hanya 45,2% (28 kode tepat dari 62 sampel), sedangkan pada rawat jalan mencapai 89,8% (291 kode tepat dari 324 sampel). Kesenjangan ini disebabkan oleh kompleksitas kasus rawat inap yang sering disertai dengan komorbid dan membutuhkan variasi intervensi medis. Koding rawat inap juga lebih kompleks karena harus mempertimbangkan berbagai diagnosis sekunder dan prosedur tambahan selama perawatan (10).

Kesesuaian *clinical pathway* pada rawat inap mencapai 85,5% (53 kasus sesuai dari 62 sampel), namun tidak memiliki hubungan bermakna dengan status klaim ( $p=0,186$ ). Sebaliknya, pada rawat jalan dengan tingkat kesesuaian 96,9% (314 kasus sesuai dari 324 sampel) terdapat hubungan bermakna dengan

status klaim ( $p=0,000$ ). Perbedaan ini terjadi karena karakteristik pelayanan rawat inap yang lebih dinamis dan sering memerlukan penyesuaian terhadap kondisi klinis pasien (11). Hasil analisis multivariat mengungkapkan bahwa ketiga variabel independen secara simultan memiliki hubungan yang bermakna dengan status klaim, baik pada rawat inap maupun rawat jalan ( $p=0,000$ ). Temuan ini menunjukkan bahwa interaksi antar ketiga faktor tersebut memberikan pengaruh yang bermakna terhadap status klaim. Berkas yang lengkap harus didukung oleh ketepatan kode diagnosis dan kesesuaian *clinical pathway*, di mana ketiganya saling melengkapi sebagai dasar penentuan keputusan (12). Pendekatan holistik terhadap manajemen klaim yang mencakup aspek administratif, klinis, dan prosedural terbukti mampu menurunkan angka *pending* klaim hingga 40% (13).

## KESIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan perbedaan bermakna dalam kelayakan klaim BPJS Kesehatan antara rawat inap dan rawat jalan di RS Bhayangkara Pekanbaru periode Januari—Juni 2024. Pada rawat inap, hanya 22,6% klaim yang dinyatakan layak, sementara pada rawat jalan mencapai 84,3%. Dari total 386 klaim yang dianalisis,

25,6% berstatus pending dengan proporsi tertinggi pada rawat inap (77,4%) dibandingkan rawat jalan (15,7%).

Kelengkapan berkas administrasi pada rawat inap mencapai 91,9% namun tidak berpengaruh bermakna terhadap status klaim ( $p=0,483$ ), sedangkan pada rawat jalan dengan tingkat kelengkapan 97,5% menunjukkan hubungan yang bermakna ( $p=0,000$ ). Ketepatan kode diagnosis rawat inap hanya 45,2%, jauh lebih rendah dibanding rawat jalan yang mencapai 89,8%, dan memiliki hubungan bermakna dengan status klaim pada kedua jenis layanan. Kesesuaian *clinical pathway* pada rawat inap (85,5%) tidak berpengaruh terhadap status klaim ( $p=0,186$ ), berbeda dengan rawat jalan (96,9%) yang menunjukkan pengaruh bermakna ( $p=0,000$ ). Secara simultan, ketiga variabel independen memiliki pengaruh bermakna terhadap status klaim pada kedua jenis layanan ( $p=0,000$ ). Kompleksitas kasus rawat inap yang meliputi variasi kondisi klinis, komorbid, dan beragam intervensi medis menjadi faktor utama rendahnya tingkat kelayakan klaim dibandingkan rawat jalan.

Untuk meningkatkan efektivitas klaim, direkomendasikan peningkatan kompetensi SDM dalam pengkodean diagnosis melalui pelatihan berkala, pengembangan sistem verifikasi berjenjang dengan melibatkan koder senior dan dokter spesialis, peningkatan koordinasi antara

dokter, perawat, dan koder, evaluasi dan penyesuaian *clinical pathway* secara berkala, serta pengembangan sistem informasi manajemen klaim yang terintegrasi dengan rekam medis elektronik. Penelitian selanjutnya disarankan menggunakan pendekatan kualitatif untuk mengeksplorasi lebih dalam faktor-faktor yang mempengaruhi rendahnya kelayakan klaim rawat inap serta menganalisis dampak ekonomi dari penundaan atau penolakan klaim terhadap kinerja keuangan rumah sakit.

#### DAFTAR PUSTAKA

1. Supartiningsih S. Kualitas Pelayanan Kepuasan Pasien Rumah Sakit: Kasus Pada Pasien Rawat Jalan. *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*. April 2017;6(1):9–15.
2. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan. 2009;
3. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jakarta; 2004.
4. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 2011;
5. Nuraini N, Wijayanti RA, Putri F,

- Alfiansyah G, Deharja A, Santi MW.  
Optimalisasi Manajemen Penanganan  
Klaim Pending Pasien BPJS Rawat Inap di  
Rumah Sakit Citra Husada Jember.  
Jember; 2019 Jan.
6. Hatta GR. Pedoman Manajemen  
Informasi Kesehatan di Sarana  
Pelayanan Kesehatan. 5 ed. Hatta GR,  
editor. Jakarta: UI Publishing; 2024.
7. Revanda H. Tempo. 2025. Klaim  
Mandek di BPJS Kesehatan Melonjak 20  
Persen, Rumah Sakit: Kami Hampir  
Tenggelam.
8. Utami RM, Budi SC, Septiawan F.  
Factors Causing Pending Claims at Nyi  
Ageng Serang Regional General  
Hospital. JMMR (Jurnal  
Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah  
Sakit). 6 Desember  
2023;12(3):260–9.
9. Maulida ES, Djunawan A. Analisis  
Penyebab Pending Claim Berkas BPJS  
Kesehatan Pelayanan Rawat Inap  
Rumah Sakit Universitas Airlangga.  
MEDIA KESEHATAN MASYARAKAT  
INDONESIA. 7 Desember  
2022;21(6):374–9.
10. Baihaqi FA, Rumaropen H. Faktor-  
Faktor yang Berhubungan dengan  
Lama Rawat Inap Pasien COVID-19 di  
RSUD Serui Provinsi Papua: Studi  
Potong Lintang. Jurnal Penyakit Dalam  
Indonesia. 1 Januari 2022;8(4):187.
11. Zanatta F, Nissanova E,  
Świątoniowska-Lonc N, Pierobon A,  
Callegari G, Olmetti F, dkk.  
<p>Psychosocial Predictors of Self-  
Efficacy Related to Self-Reported  
Adherence in Older Chronic Patients  
Dealing with Hypertension: A  
European Study</p>. Patient  
Prefer Adherence. September  
2020;Volume 14:1709–18.
12. Opitasari C, Nurwahyuni A. The  
Completeness and accuracy of clinical  
coding for diagnosis and medical  
procedure on the INA-CBGs claim  
amounts at a hospital in South Jakarta.  
Health Science Journal of Indonesia.  
19 Oktober 2018;9(1):14–8.
13. Muro-Fuentes EA, Villarreal Navarro  
SE, Moss HE. Accuracy of International  
Classification of Diseases Codes for  
Identifying Acute Optic  
Neuritis. Journal of Neuro-  
Ophthalmology. September  
2023;43(3):317–22.