

## EVALUASI PENANGANAN KLAIM TERTUNDA RAWAT INAP BPJS KESEHATAN DI RS SENTRA MEDIKA CIBINONG TAHUN 2025

<sup>1</sup>,Alih Germas Kodyat<sup>2</sup>, Laila Ulfa<sup>3</sup>

<sup>123</sup>Program Magister Adiministrasi Rumah Sakit Universitas Respati Indonesia

Email Korespondensi: [drdianroshita@gmail.com](mailto:drdianroshita@gmail.com)

### Abstrak

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS Kesehatan menjadi tulang punggung pembiayaan kesehatan di Indonesia. Namun, fenomena klaim tertunda masih menjadi kendala serius bagi rumah sakit, khususnya rumah sakit swasta. Penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi penyebab klaim tertunda rawat inap BPJS Kesehatan di RS Sentra Medika Cibinong tahun 2025, menilai dampaknya terhadap operasional dan mutu pelayanan, serta merumuskan strategi perbaikan. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan wawancara semi terstruktur dan telaah dokumen klaim rawat inap periode Januari–Oktober 2025. Informan dipilih secara purposive, melibatkan corporate casemix, kepala divisi, koder, verifikator, case manager, dan DPJP pendukung. Analisis data dilakukan dengan model interaktif Miles & Huberman melalui reduksi data, penyajian data, serta penarikan kesimpulan dan verifikasi. Sepanjang Januari–Oktober 2025 tercatat 1.305 kasus klaim tertunda dengan nominal Rp19,09 miliar atau sekitar 10,2% dari total klaim layak. Faktor utama penyebab klaim tertunda meliputi ketidaklengkapan dokumen medis, kesalahan coding diagnosis dan tindakan, ketidaksesuaian administrasi, kedisiplinan proses pengajuan berkas, serta keterbatasan integrasi SIMRS–eKlaim. Dampak klaim tertunda terlihat pada terganggunya arus kas, keterlambatan pembayaran vendor, penurunan motivasi tenaga medis, serta potensi menurunnya mutu pelayanan. Klaim tertunda merupakan fenomena sistemik yang menuntut perbaikan menyeluruh. Rumah sakit perlu memperkuat kompetensi SDM melalui pelatihan rutin, meningkatkan disiplin dokumentasi, menegakkan kepatuhan prosedur, memperkuat koordinasi lintas unit, serta mempercepat integrasi teknologi informasi. Monitoring rutin dan harmonisasi regulasi dengan praktik klinis juga diperlukan untuk menekan angka klaim tertunda dan menjaga keberlanjutan pelayanan.

**Kata Kunci:** Klaim Tertunda, BPJS Kesehatan, Rawat Inap, Manajemen Rumah Sakit, SIMRS

### Abstract

The National Health Insurance (JKN) program managed by BPJS Kesehatan is the backbone of healthcare financing in Indonesia. However, delayed claims remain a major challenge for hospitals, particularly private institutions. This study aims to evaluate the causes of delayed inpatient BPJS claims at Sentra Medika Cibinong Hospital in 2025, assess their impact on hospital operations and service quality, and propose strategic improvements. This research employed a qualitative approach using participatory observation, semi-structured interviews, and document review of inpatient claims from January to October 2025. Informants were selected purposively, including corporate casemix, division heads, coders, verifiers, case managers, and supporting physicians. Data analysis followed Miles & Huberman's interactive model through data reduction, display, and conclusion drawing with verification. During January–October 2025, 1,305 delayed claims were recorded with a total value of IDR 19.09

billion, equivalent to 10.2% of total eligible claims. The main causes of delayed claims included incomplete medical documents, coding errors in diagnoses and procedures, administrative mismatches, lack of discipline in claim submission, and limited integration between SIMRS and e-Claim. Financial impacts involved disrupted cash flow, delayed vendor payments, reduced staff motivation, and potential decline in service quality. Delayed claims are a systemic issue requiring comprehensive improvement. Hospitals should strengthen human resource competencies through regular training, enforce documentation discipline, ensure procedural compliance, enhance cross-unit coordination, and accelerate technology integration. Routine monitoring and harmonization of BPJS regulations with clinical practice are also essential to reduce delayed claims and maintain sustainable healthcare services.

**Keywords:** Delayed Claims, BPJS Health, Inpatient Care, Hospital Management, SIMRS

## Pendahuluan

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan bentuk implementasi tanggung jawab negara dalam menjamin hak kesehatan warga sebagaimana diamanatkan dalam UUD 1945 Pasal 34 ayat (3). Penyelenggaraan JKN secara resmi dimulai pada 1 Januari 2014 melalui Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011. Sistem ini dirancang untuk mewujudkan Universal Health Coverage (UHC) dengan prinsip asuransi sosial dan ekuitas, sehingga setiap warga negara memperoleh akses pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan medis tanpa dipengaruhi kemampuan membayar. Dalam perkembangannya, JKN telah menjadi tulang punggung pembiayaan pelayanan kesehatan di Indonesia, khususnya di fasilitas kesehatan

rujukan tingkat lanjutan (FKRTL). Dominasi pembiayaan melalui JKN menunjukkan pergeseran pola pembiayaan kesehatan nasional yang sebelumnya masih bertumpu pada pengeluaran langsung masyarakat (out of pocket) (Kementerian Kesehatan, 2024).

Seiring meningkatnya cakupan kepesertaan, kompleksitas pengelolaan pembiayaan pelayanan kesehatan juga semakin tinggi. Mekanisme pembayaran klaim kepada rumah sakit dalam sistem JKN menggunakan pendekatan prospektif berbasis Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs), sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014. Sistem ini menetapkan besaran tarif berdasarkan kelompok diagnosis dan tindakan yang telah diklasifikasikan, sehingga rumah sakit

dituntut untuk melakukan dokumentasi medis, koding diagnosis, dan pengajuan klaim secara akurat dan tepat waktu. Setiap klaim yang diajukan wajib melalui proses verifikasi administratif dan medis oleh BPJS Kesehatan sebelum dinyatakan layak bayar (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014).

Hasil verifikasi klaim oleh BPJS Kesehatan dapat dikategorikan menjadi klaim layak, klaim tidak layak, dan klaim tertunda. Klaim tertunda merupakan klaim yang dikembalikan kepada rumah sakit karena adanya ketidaksesuaian administrasi, kekurangan dokumen pendukung, atau ketidaktepatan koding yang memerlukan klarifikasi lebih lanjut hingga tercapai kesepakatan antara rumah sakit dan pihak BPJS Kesehatan (Maulida & Djunawan, 2022). Kondisi ini menyebabkan proses pembayaran tidak dapat dilakukan dalam jangka waktu yang telah ditentukan, yaitu maksimal 15 hari kerja setelah dokumen dinyatakan lengkap (BPJS Kesehatan, 2014). Dengan demikian, klaim tertunda menjadi persoalan krusial dalam manajemen keuangan rumah sakit.

Fenomena klaim tertunda tidak hanya berdampak pada aspek administratif, tetapi juga berimplikasi langsung terhadap stabilitas arus kas rumah sakit. Pada rumah sakit swasta yang tidak memperoleh subsidi langsung dari pemerintah, keterlambatan pembayaran klaim dapat mengganggu operasional, termasuk pembayaran jasa pelayanan tenaga kesehatan, pengadaan obat dan bahan medis habis pakai, serta kewajiban kepada vendor. Selain itu, akumulasi klaim tertunda dalam jumlah besar berpotensi menurunkan mutu pelayanan apabila tidak ditangani secara sistematis dan berkelanjutan. Oleh karena itu, pengelolaan klaim menjadi bagian integral dari tata kelola manajemen rumah sakit yang efektif dan efisien.

Berbagai penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa penyebab klaim tertunda bersifat multifaktorial. Errisya et al. (2024) menemukan bahwa ketidaklengkapan dokumen medis dan ketidaktepatan pengkodean diagnosis merupakan faktor dominan penyebab klaim rawat inap tertunda. Penelitian lain oleh Haq dan Werdani (2024)

mengidentifikasi bahwa kesalahan administrasi dan ketidaksesuaian standar pelayanan turut memperbesar peluang terjadinya penundaan klaim. Sementara itu, Rahayu et al. (2025) menyoroti beban kerja yang tinggi dan keterbatasan sumber daya manusia (SDM) sebagai faktor signifikan yang memengaruhi kualitas pengajuan klaim meskipun standar prosedur operasional telah tersedia. Temuan-temuan tersebut menunjukkan bahwa klaim tertunda bukan hanya persoalan teknis, melainkan juga berkaitan dengan sistem organisasi dan manajemen sumber daya.

Di RS Sentra Medika Cibinong, klaim tertunda rawat inap BPJS Kesehatan menunjukkan tren yang cukup mengkhawatirkan pada periode Januari hingga Oktober 2025. Dari total 12.849 kasus rawat inap BPJS, tercatat 1.295 kasus mengalami status tertunda dengan nilai nominal mencapai lebih dari Rp19 miliar. Persentase klaim tertunda berkisar antara 7% hingga 12% setiap bulannya. Angka ini mencerminkan adanya celah dalam proses administrasi, dokumentasi medis, maupun sistem coding yang memerlukan evaluasi mendalam. Jika kondisi ini tidak segera

diperbaiki, maka risiko gangguan likuiditas dan efisiensi operasional rumah sakit akan semakin besar.

Proses klaim dalam INA-CBGs melibatkan berbagai aktor mulai dari dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP), perawat, petugas rekam medis, koder, verifikator internal, hingga tim casemix. Setiap tahapan memerlukan ketelitian dan kepatuhan terhadap regulasi, termasuk penggunaan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-CM untuk prosedur tindakan sesuai pedoman INA-CBGs (Perpres No. 82 Tahun 2018). Ketidaksinkronan antarunit, kurangnya koordinasi, maupun lemahnya integrasi sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS) dengan aplikasi e-Claim berpotensi menimbulkan kesalahan yang berujung pada klaim tertunda. Oleh karena itu, pendekatan evaluasi yang komprehensif diperlukan untuk mengidentifikasi akar masalah secara menyeluruh.

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini bertujuan untuk mengevaluasi secara sistematis

penanganan klaim tertunda rawat inap BPJS Kesehatan di RS Sentra Medika Cibinong tahun 2025. Evaluasi dilakukan dengan mengkaji faktor penyebab dari aspek administratif, medis, dan koding, serta menganalisis dampaknya terhadap operasional dan mutu pelayanan rumah sakit. Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan rekomendasi strategis bagi manajemen rumah sakit dalam memperbaiki sistem klaim, meningkatkan efisiensi proses verifikasi internal, serta menjaga keberlanjutan pelayanan kesehatan di era pembiayaan berbasis JKN.

## **METODE**

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain deskriptif evaluatif. Pendekatan kualitatif dipilih karena penelitian bertujuan untuk memahami secara mendalam proses, kendala, serta dinamika yang terjadi dalam pengelolaan klaim tertunda rawat inap BPJS Kesehatan di RS Sentra Medika Cibinong. Desain deskriptif evaluatif memungkinkan peneliti untuk menggambarkan fenomena klaim tertunda secara sistematis sekaligus melakukan penilaian terhadap sistem yang

telah berjalan. Pendekatan ini dinilai tepat untuk mengkaji faktor administratif, medis, dan koding yang saling berkaitan dalam proses klaim berbasis INA-CBGs, yang tidak hanya memerlukan data numerik tetapi juga pemahaman kontekstual terhadap alur kerja dan koordinasi lintas unit (Miles & Huberman, 2014).

Penelitian dilaksanakan di RS Sentra Medika Cibinong dengan fokus pada Unit Pelayanan Jaminan (casemix) serta unit terkait dalam proses klaim BPJS Kesehatan. Waktu penelitian mencakup periode pelayanan Januari hingga Oktober 2025, sesuai dengan data rekapitulasi klaim tertunda yang tersedia. Subjek penelitian ditentukan menggunakan teknik purposive sampling, yaitu pemilihan informan secara sengaja berdasarkan pertimbangan bahwa mereka memiliki pengetahuan dan keterlibatan langsung dalam proses klaim. Informan terdiri dari corporate casemix, kepala divisi terkait, koder, verifikator internal, case manager, serta dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP). Pemilihan informan ini bertujuan untuk memperoleh gambaran

komprehensif mengenai proses klaim dari berbagai perspektif fungsional.

Teknik pengumpulan data dilakukan melalui wawancara semi terstruktur, observasi partisipatif terbatas, serta telaah dokumen klaim rawat inap. Wawancara semi terstruktur digunakan untuk menggali informasi mendalam mengenai pengalaman, hambatan, dan strategi yang diterapkan dalam menangani klaim tertunda. Observasi dilakukan untuk memahami alur kerja nyata dalam proses pengajuan dan verifikasi klaim. Selain itu, studi dokumentasi dilakukan terhadap berkas klaim tertunda, rekapitulasi data klaim, serta dokumen pendukung lainnya guna memverifikasi temuan wawancara. Penggunaan triangulasi metode ini bertujuan meningkatkan validitas data melalui perbandingan berbagai sumber informasi (BPJS Kesehatan, 2014).

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan model analisis interaktif dari Miles dan Huberman yang terdiri dari tiga tahapan utama, yaitu reduksi data, penyajian data, dan penarikan kesimpulan serta verifikasi (Miles & Huberman, 2014). Pada tahap reduksi data, peneliti melakukan

seleksi, pemusatan perhatian, dan penyederhanaan data mentah hasil wawancara, observasi, dan dokumentasi. Selanjutnya, data disajikan dalam bentuk matriks, tabel, dan narasi deskriptif untuk mempermudah identifikasi pola dan hubungan antarvariabel. Tahap akhir adalah penarikan kesimpulan yang dilakukan secara terus-menerus selama proses penelitian dengan tetap melakukan verifikasi ulang terhadap data guna memastikan konsistensi dan keabsahan temuan.

Uji keabsahan data dilakukan melalui triangulasi sumber dan member check. Triangulasi sumber dilakukan dengan membandingkan informasi yang diperoleh dari berbagai informan serta dokumen pendukung untuk memastikan konsistensi data. Sementara itu, member check dilakukan dengan mengonfirmasi kembali hasil wawancara dan interpretasi peneliti kepada informan guna menghindari kesalahpahaman atau bias interpretasi. Dengan prosedur ini, diharapkan hasil penelitian memiliki tingkat kredibilitas, dependabilitas, dan konfirmabilitas yang memadai sehingga

dapat memberikan gambaran yang akurat mengenai evaluasi penanganan klaim tertunda rawat inap BPJS Kesehatan di RS Sentra Medika Cibinong tahun 2025.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### 1. Gambaran Klaim Tertunda Rawat Inap BPJS Kesehatan di RS Sentra Medika Cibinong Tahun 2025

Berdasarkan telaah dokumen klaim rawat inap periode Januari–Oktober 2025 di RS Sentra Medika Cibinong, tercatat sebanyak 12.849 kasus rawat inap pasien BPJS Kesehatan. Dari jumlah tersebut, 1.295 kasus dinyatakan berstatus klaim tertunda dengan persentase rata-rata sekitar 10% dari total klaim yang diajukan. Nilai nominal klaim tertunda mencapai Rp19.372.726.140. Persentase klaim tertunda tertinggi terjadi pada bulan Mei (12,34%), sedangkan yang terendah terjadi pada bulan Oktober (7,97%). Data ini menunjukkan bahwa penundaan klaim merupakan fenomena yang konsisten terjadi setiap bulan dengan fluktuasi yang relatif stabil. Besarnya nominal klaim tertunda memberikan tekanan terhadap arus kas rumah sakit, terutama mengingat RS Sentra Medika Cibinong merupakan rumah

sakit swasta yang bergantung pada pembayaran klaim BPJS sebagai sumber utama pendapatan layanan. Hasil wawancara dengan tim casemix dan bagian keuangan menunjukkan bahwa keterlambatan pembayaran berdampak pada tertundanya pembayaran vendor obat dan bahan medis habis pakai, serta memengaruhi perencanaan keuangan jangka pendek. Walaupun secara operasional pelayanan tetap berjalan, manajemen harus melakukan penyesuaian dalam pengelolaan likuiditas untuk menjaga stabilitas operasional.

Klaim tertunda umumnya dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan karena adanya ketidaksesuaian atau ketidaklengkapan dokumen pendukung. Beberapa temuan menunjukkan bahwa berkas yang belum lengkap, perbedaan interpretasi terhadap indikasi medis, serta ketidaksesuaian antara resume medis dan hasil pemeriksaan penunjang menjadi penyebab utama klaim dikategorikan tertunda. Selain itu, ditemukan pula kasus keterlambatan penginputan data ke dalam sistem INA-CBGs yang berkontribusi

terhadap penundaan proses verifikasi. Hasil observasi alur klaim menunjukkan bahwa proses pengajuan melibatkan berbagai unit, mulai dari DPJP, perawat, petugas rekam medis, koder, hingga verifikator internal sebelum diajukan ke BPJS Kesehatan. Kompleksitas alur ini meningkatkan potensi terjadinya kesalahan administratif maupun teknis apabila koordinasi tidak berjalan optimal. Dengan demikian, klaim tertunda tidak hanya mencerminkan kesalahan individual, tetapi juga menggambarkan adanya celah sistem dalam manajemen klaim.

Persentase klaim tertunda sekitar 10% di RS Sentra Medika Cibinong menunjukkan angka yang relatif lebih tinggi dibandingkan beberapa rumah sakit lain yang dilaporkan dalam penelitian sebelumnya. Studi Wirdah et al. (2025) mencatat rata-rata klaim tertunda sebesar 5,45% dari total klaim, sementara Sri Mulya et al. (2024) menemukan bahwa klaim tertunda rawat inap berkisar pada faktor administratif dan koding sebagai penyebab dominan. Perbedaan ini mengindikasikan bahwa karakteristik internal rumah sakit, volume pasien, serta efektivitas sistem pengendalian

internal sangat memengaruhi tingkat klaim tertunda. Besarnya nominal klaim tertunda yang mencapai lebih dari Rp19 miliar menunjukkan bahwa dampak finansial jauh lebih signifikan dibandingkan sekadar persentase jumlah kasus. Dalam sistem pembayaran prospektif INA-CBGs sebagaimana diatur dalam Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018, ketepatan dokumentasi dan koding menjadi faktor penentu tarif klaim. Ketidaktepatan pada salah satu tahapan dapat menyebabkan klaim dikembalikan atau memerlukan klarifikasi tambahan, sehingga memperpanjang waktu pencairan dana. Hal ini menegaskan bahwa manajemen klaim bukan hanya proses administratif, tetapi bagian strategis dari tata kelola keuangan rumah sakit.

Temuan penelitian ini memperlihatkan bahwa klaim tertunda merupakan fenomena sistemik yang dipengaruhi oleh interaksi antarunit kerja. Koordinasi antara DPJP dan koder, ketepatan resume medis, serta konsistensi penerapan pedoman koding ICD-10 dan ICD-9-CM sebagaimana diatur dalam

Permenkes Nomor 26 Tahun 2021 menjadi faktor krusial dalam menentukan status klaim. Ketika salah satu komponen tidak berjalan optimal, maka risiko klaim tertunda meningkat. Dengan demikian, pendekatan perbaikan harus bersifat komprehensif dan tidak hanya menysasar satu unit tertentu. Gambaran klaim tertunda rawat inap BPJS Kesehatan di RS Sentra Medika Cibinong tahun 2025 menunjukkan bahwa persoalan ini memiliki dimensi administratif, teknis, dan manajerial sekaligus. Evaluasi berkelanjutan terhadap sistem klaim, penguatan koordinasi lintas unit, serta optimalisasi integrasi SIMRS dengan aplikasi INA-CBGs menjadi langkah strategis yang diperlukan untuk menurunkan angka klaim tertunda dan menjaga keberlanjutan operasional rumah sakit.

## **2. Faktor Penyebab Klaim Tertunda Rawat Inap BPJS Kesehatan di RS Sentra Medika Cibinong Tahun 2025**

Berdasarkan hasil telaah dokumen klaim tertunda serta wawancara dengan corporate casemix, koder, verifikator internal, dan DPJP, ditemukan bahwa faktor penyebab klaim tertunda dapat dikelompokkan menjadi tiga kategori utama, yaitu faktor administratif, faktor medis, dan

faktor koding. Dari 1.295 kasus klaim tertunda periode Januari–Oktober 2025, sebagian besar disebabkan oleh ketidaksesuaian atau ketidaklengkapan dokumen administratif, seperti surat eligibilitas peserta (SEP), resume medis yang belum ditandatangani lengkap, serta ketidaksesuaian tanggal pelayanan antara berkas dan sistem. Faktor medis berkaitan dengan ketidaksesuaian indikasi klinis terhadap prosedur atau diagnosis yang diajukan dalam klaim. Beberapa kasus menunjukkan bahwa verifikator BPJS meminta klarifikasi tambahan terkait indikasi rawat inap, penggunaan tindakan tertentu, atau kesesuaian pemeriksaan penunjang dengan diagnosis utama. Hal ini sering terjadi pada kasus penyakit dengan tingkat kompleksitas sedang hingga tinggi, di mana dokumentasi medis belum sepenuhnya menggambarkan kondisi klinis pasien secara komprehensif.

Faktor koding menjadi penyebab signifikan lainnya. Ketidaktepatan dalam penentuan kode diagnosis (ICD-10) maupun kode tindakan (ICD-9-CM) menyebabkan terjadinya perbedaan grouping INA-CBGs antara rumah sakit dan

BPJS Kesehatan. Perbedaan ini berdampak pada perubahan tarif atau bahkan penundaan klaim hingga dilakukan revisi dan pengajuan ulang. Berdasarkan hasil wawancara, keterbatasan jumlah koder dibandingkan dengan volume kasus yang tinggi menjadi salah satu kendala dalam menjaga akurasi dan ketepatan waktu penginputan kode. Selain tiga faktor utama tersebut, ditemukan pula faktor pendukung lain seperti keterlambatan pengumpulan berkas dari ruangan rawat inap ke unit rekam medis, serta belum optimalnya integrasi antara SIMRS dan aplikasi INA-CBGs. Kondisi ini menyebabkan adanya potensi human error dalam proses input data dan memperpanjang waktu penyelesaian klaim sebelum diajukan ke BPJS Kesehatan.

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa faktor administratif menjadi penyebab dominan klaim tertunda, sejalan dengan hasil penelitian Sri Mulya et al. (2024) yang menyatakan bahwa kelengkapan dokumen merupakan determinan utama dalam proses verifikasi klaim BPJS Kesehatan. Dalam sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh BPJS Kesehatan, proses klaim berbasis INA-CBGs menuntut

ketepatan administrasi dan dokumentasi sebagai syarat mutlak pencairan dana. Ketidaksesuaian kecil sekalipun dapat menyebabkan klaim dikembalikan untuk perbaikan, sehingga memperpanjang siklus pembayaran. Faktor medis yang berkaitan dengan justifikasi klinis menunjukkan pentingnya kualitas dokumentasi rekam medis. Dalam sistem pembayaran prospektif, dokumentasi tidak hanya berfungsi sebagai catatan pelayanan, tetapi juga sebagai dasar legal dan finansial. Apabila resume medis tidak menggambarkan tingkat keparahan atau komplikasi secara jelas, maka grouping INA-CBGs dapat berubah dan memicu perbedaan interpretasi antara rumah sakit dan verifikator. Hal ini mengindikasikan perlunya peningkatan kesadaran DPJP terhadap dampak finansial dari kualitas dokumentasi medis.

Faktor koding memperlihatkan bahwa kompetensi dan beban kerja koder menjadi aspek krusial dalam manajemen klaim. Ketidaksesuaian kode diagnosis dan tindakan dapat menyebabkan klaim tertunda karena perbedaan hasil grouping. Regulasi seperti Peraturan Menteri

Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs) menegaskan bahwa penggunaan kode harus sesuai dengan standar klasifikasi internasional. Dengan demikian, pelatihan berkelanjutan bagi koder serta audit internal berkala menjadi strategi penting untuk meminimalkan kesalahan. Secara sistemik, interaksi antara faktor administratif, medis, dan koding menunjukkan bahwa klaim tertunda merupakan hasil dari proses lintas unit yang saling bergantung. Ketika koordinasi tidak berjalan optimal atau beban kerja tidak seimbang, risiko kesalahan meningkat. Oleh karena itu, pendekatan penyelesaian klaim tertunda perlu dilakukan secara terintegrasi, melalui penguatan SOP, monitoring rutin, serta pemanfaatan teknologi informasi yang lebih optimal. Dengan strategi tersebut, diharapkan angka klaim tertunda dapat ditekan dan stabilitas keuangan rumah sakit tetap terjaga.

### **3. Strategi Perbaikan dan Evaluasi Sistem Klaim Rawat Inap BPJS Kesehatan di RS Sentra Medika Cibinong Tahun 2025**

Berdasarkan hasil wawancara dengan manajemen, corporate casemix, koder, dan verifikator internal, RS Sentra Medika

Cibinong telah melakukan beberapa upaya strategis untuk menurunkan angka klaim tertunda. Salah satu strategi utama adalah pelaksanaan monitoring dan evaluasi (monev) klaim secara rutin setiap bulan. Dalam forum tersebut dilakukan pembahasan terhadap kasus-kasus klaim tertunda, identifikasi penyebab dominan, serta penetapan langkah korektif yang harus segera ditindaklanjuti oleh unit terkait. Kegiatan ini melibatkan unsur manajemen, tim medis, dan unit rekam medis guna memastikan adanya komunikasi lintas profesi. Selain monev rutin, rumah sakit juga menerapkan sistem verifikasi internal sebelum klaim diajukan ke BPJS Kesehatan. Proses ini dilakukan oleh tim casemix untuk meneliti kembali kelengkapan administratif, kesesuaian resume medis, serta akurasi koding sebelum berkas dikirimkan. Verifikasi internal ini bertujuan untuk meminimalkan risiko pengembalian klaim akibat kesalahan yang sebenarnya dapat diperbaiki di tingkat internal rumah sakit. Hasil observasi menunjukkan bahwa implementasi verifikasi internal cukup membantu menekan jumlah klaim yang

dikembalikan pada bulan-bulan terakhir periode penelitian.

Upaya lain yang dilakukan adalah peningkatan kapasitas sumber daya manusia melalui pelatihan koding dan sosialisasi regulasi terbaru terkait INA-CBGs. Pelatihan difokuskan pada pemahaman standar ICD-10 dan ICD-9-CM serta pembaruan kebijakan klaim JKN. Selain itu, rumah sakit mulai mengoptimalkan pemanfaatan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) untuk mempercepat alur dokumentasi dan meminimalkan kesalahan input manual. Meskipun integrasi sistem belum sepenuhnya sempurna, langkah ini dinilai sebagai progres positif dalam memperbaiki manajemen klaim. Pihak rumah sakit juga melakukan pendekatan koordinatif dengan verifikator eksternal melalui forum komunikasi dan klarifikasi kasus. Strategi ini bertujuan untuk menyamakan persepsi terkait interpretasi indikasi medis maupun aturan klaim. Berdasarkan hasil wawancara, komunikasi yang lebih intensif dengan pihak verifikator membantu mempercepat proses penyelesaian klaim tertunda yang memerlukan klarifikasi tambahan.

Strategi monitoring dan evaluasi rutin yang diterapkan RS Sentra Medika Cibinong menunjukkan pendekatan manajemen berbasis continuous quality improvement. Evaluasi berkala memungkinkan rumah sakit mengidentifikasi pola penyebab klaim tertunda secara sistematis dan mencegah pengulangan kesalahan serupa. Dalam konteks tata kelola rumah sakit modern, fungsi pengendalian internal menjadi komponen penting dalam menjaga stabilitas finansial, terutama pada rumah sakit yang mayoritas pasiennya merupakan peserta JKN. Penerapan verifikasi internal sebelum pengajuan klaim merupakan bentuk penguatan sistem kontrol mutu administrasi dan koding. Dalam sistem pembayaran prospektif INA-CBGs, akurasi data menjadi faktor krusial karena kesalahan kecil dapat berdampak signifikan terhadap nilai klaim. Dengan adanya proses praverifikasi, potensi klaim tertunda dapat ditekan sejak tahap awal. Strategi ini sejalan dengan prinsip manajemen risiko, di mana identifikasi dan mitigasi risiko dilakukan sebelum risiko tersebut berdampak pada organisasi.

Pelatihan SDM dan optimalisasi SIMRS juga mencerminkan upaya peningkatan kapasitas organisasi dalam jangka panjang. Kompetensi koder dan tenaga medis dalam mendokumentasikan diagnosis serta tindakan secara tepat akan berpengaruh langsung terhadap hasil grouping INA-CBGs. Selain itu, digitalisasi sistem klaim dapat mengurangi human error, mempercepat proses input, dan meningkatkan transparansi data. Namun demikian, keberhasilan integrasi teknologi tetap bergantung pada komitmen pengguna serta dukungan manajemen dalam penyediaan infrastruktur yang memadai. Strategi perbaikan yang dilakukan RS Sentra Medika Cibinong menunjukkan adanya kesadaran institusional terhadap pentingnya manajemen klaim yang efektif. Meskipun klaim tertunda masih terjadi, tren perbaikan pada bulan-bulan akhir periode penelitian menunjukkan bahwa intervensi yang dilakukan mulai memberikan dampak positif. Ke depan, diperlukan penguatan sistem audit internal, peningkatan koordinasi lintas unit, serta evaluasi berkelanjutan agar angka klaim tertunda dapat ditekan secara konsisten dan keberlanjutan finansial rumah sakit tetap terjaga.

#### **4. Perbandingan dengan Penelitian Terdahulu**

Hasil penelitian mengenai klaim tertunda di RS Sentra Medika Cibinong menunjukkan adanya kesesuaian dengan temuan penelitian terdahulu yang menyoroti permasalahan klaim BPJS Kesehatan di berbagai rumah sakit tipe B maupun tipe C. Secara umum, penelitian sebelumnya menegaskan bahwa klaim tertunda merupakan fenomena sistemik yang dipengaruhi oleh faktor administrasi, coding, medis, serta keterbatasan sistem informasi.

Penelitian yang dilakukan oleh Sari (2019) di RS tipe B di Jakarta menemukan bahwa ketidaklengkapan dokumen medis, khususnya resume dan laporan operasi, menjadi penyebab dominan klaim tertunda. Hal ini sejalan dengan temuan di RS Sentra Medika Cibinong, di mana ketidaklengkapan dokumen inti tercatat konsisten sebagai salah satu penyebab utama klaim tertunda. Kedua penelitian menekankan pentingnya disiplin dokumentasi medis dan kepatuhan DPJP terhadap standar BPJS.

Selanjutnya, penelitian oleh Pratama (2020) di RS tipe C di Jawa Tengah menunjukkan bahwa kesalahan coding diagnosis dan tindakan merupakan faktor yang paling sering menyebabkan klaim ditolak atau tertunda. Temuan ini konsisten dengan hasil penelitian di RS Sentra Medika Cibinong, di mana recoding diagnosis utama dan sekunder menjadi penyebab klaim tertunda terbanyak dengan tren peningkatan dari awal hingga akhir periode. Kedua penelitian menyoroti perlunya pelatihan berkelanjutan bagi koder serta supervisi internal yang lebih ketat.

Penelitian oleh Lestari (2021) di RS tipe B di Bandung menekankan bahwa penagihan yang tidak sesuai jalur (rawat jalan vs rawat inap) sering menimbulkan klaim tertunda, terutama pada kasus kemoterapi singkat dan observasi IGD. Hal ini identik dengan temuan di RS Sentra Medika Cibinong, di mana kasus penagihan rawat jalan meningkat signifikan dari 1 kasus pada Januari menjadi 20 kasus pada Oktober. Kedua penelitian menegaskan adanya dilema antara regulasi BPJS dan kondisi klinis pasien, sehingga harmonisasi regulasi dan praktik klinis menjadi kebutuhan mendesak.

Selain itu, penelitian oleh Hidayat (2022) di RS tipe B di Yogyakarta menemukan bahwa keterlambatan proses pengajuan berkas klaim (tidak sesuai ketentuan H+2) menjadi faktor yang memperburuk klaim tertunda. Temuan ini sejalan dengan kondisi di RS Sentra Medika Cibinong, di mana berkas sering masuk menjelang deadline, sehingga verifikator tidak memiliki cukup waktu untuk melakukan pemeriksaan detail. Kedua penelitian menekankan perlunya penguatan SOP dan disiplin alur kerja klaim.

Terakhir, penelitian oleh Rahmawati (2023) menyoroti keterbatasan integrasi sistem informasi rumah sakit dengan e-Klaim BPJS sebagai faktor yang memperbesar risiko klaim tertunda. Hal ini konsisten dengan temuan di RS Sentra Medika Cibinong, di mana SIMRS dan EMR belum sepenuhnya terintegrasi, sehingga proses input data masih manual dan rawan kesalahan. Kedua penelitian menekankan pentingnya digitalisasi dokumen dan integrasi penuh sistem informasi untuk mempercepat verifikasi klaim.

**Tabel 1. Perbandingan dengan Penelitian Terdahulu**

<b>Aspek</b>	<b>Hasil Penelitian Ini (RS Sentra Medika Cibinong)</b>	<b>Penelitian Terdahulu</b>	<b>Konvergensi/Perbedaan</b>
Kelengkapan dokumen medis	Resume medis, laporan operasi, hasil penunjang sering tidak lengkap; berkas masuk menjelang deadline	Sari (2019): Dokumen medis tidak lengkap menjadi penyebab dominan klaim tertunda di RS tipe B Jakarta	Konvergen – sama-sama menekankan lemahnya disiplin dokumentasi medis
Ketepatan coding diagnosis	Recoding diagnosis utama/sekunder meningkat	Pratama (2020): Kesalahan coding diagnosis/	Konvergen – sama-sama menekankan

	t (23 → 33 kasus Jan–Okt); koder baru minim pelatihan	tindakan dominan di RS tipe C Jawa Tengah	nkan perlunya pelatihan koder dan supervisi internal
Penagihan rawat jalan/inap	Kasus meningkat signifikan (1 → 20 kasus Jan–Okt); dilema regulasi BPJS vs kondisi klinis pasien	Lestari (2021): Penagihan tidak sesuai jalur (kemoterapi singkat, observasi IGD) dominan di RS tipe B Bandung	Konvergen – sama-sama menyoroti dilema regulasi BPJS dengan praktik klinis
Kedisiplinan proses klaim	Berkas sering masuk tidak sesuai	Hidayat (2022): Keterlambatan pengajuan	Konvergen – sama-sama menekankan

	H+2; verifikator kesulitan memeriksa detail	berkas klaim memperburuk tertunda di RS tipe B Yogyakarta	nkan lemah ya disiplin alur kerja klaim
Dukungan teknologi (SIMRS – eKlaim)	SIMRS dan EMR belum terintegrasi penuh; input manual rawan kesalahan	Rahmawati (2023): Keterbatasan integrasi sistem informasi dengan e-Klaim memperbesar risiko klaim tertunda	Konvergen – sama-sama menekankan pentingnya digitalisasi dokumen dan integrasi

melibatkan lintas unit mulai dari level operasional (koder, case manager, verifikator, pemberkasan, koordinator rawat inap), unit penunjang (laboratorium, radiologi, farmasi), unit administratif (pendaftaran, billing, kasir, keuangan), hingga manajerial (kadir medik, kadir penunjang, direktur, corporate casemix/owner, dan humas). Kehadiran peserta yang beragam menjadikan FGD sebagai forum komprehensif untuk mengidentifikasi permasalahan klaim BPJS rawat inap secara menyeluruh.

Diskusi memperlihatkan bahwa masalah klaim tertunda tidak berdiri sendiri, melainkan merupakan hasil interaksi antar subsistem rumah sakit. Dari sisi input, peserta menyoroti lemahnya kelengkapan dokumen inti, kompetensi SDM yang belum merata, serta keterbatasan integrasi SIMRS–eKlaim. Hal ini sejalan dengan temuan Sari (2019) yang menekankan lemahnya disiplin dokumentasi medis sebagai penyebab dominan klaim tertunda.

### 5. Focus Group Discussion (FGD)

Focus Group Discussion (FGD) yang dilaksanakan di RS Sentra Medika Cibinong

Pada tahap proses, FGD mengungkapkan bahwa verifikasi administratif, medis, dan coding belum

berjalan optimal. Koder masih menghadapi kesulitan dalam recoding diagnosis multi-diagnosis, sementara verifikator terbebani oleh volume berkas yang menumpuk menjelang deadline. Kondisi ini konsisten dengan penelitian Pratama (2020) yang menyoroti kesalahan koding sebagai faktor utama klaim tertunda, serta Hidayat (2022) yang menemukan bahwa keterlambatan pengajuan berkas memperburuk proses verifikasi.

Dari sisi administrasi, peserta FGD menyoroti ketidaksesuaian jalur penagihan, terutama pada kasus kemoterapi singkat, observasi IGD, dan batal operasi. Fenomena ini identik dengan temuan Lestari (2021) yang menegaskan bahwa penagihan tidak sesuai jalur menjadi penyebab dominan klaim tertunda di RS tipe B Bandung.

Pada aspek teknologi, FGD menegaskan bahwa SIMRS dan EMR belum sepenuhnya terintegrasi dengan e-Klaim BPJS, sehingga proses input data masih manual dan rawan kesalahan. Hal ini memperkuat temuan Rahmawati (2023) yang menyoroti keterbatasan integrasi sistem informasi sebagai faktor yang memperbesar risiko klaim tertunda.

Tahap output dari keseluruhan proses menunjukkan klaim yang berakhir dengan status tertunda yang berdampak langsung pada cash flow rumah sakit, efisiensi operasional, mutu pelayanan, serta citra institusi. Dengan demikian, FGD tidak hanya mengidentifikasi akar masalah tetapi juga menegaskan bahwa klaim tertunda merupakan fenomena sistemik yang membutuhkan perbaikan menyeluruh melalui penguatan SDM, disiplin prosedur, kelengkapan dokumen, serta integrasi teknologi informasi.

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

Penelitian ini menegaskan bahwa klaim tertunda rawat inap BPJS Kesehatan di RS Sentra Medika Cibinong tahun 2025 merupakan persoalan sistemik yang melibatkan kelemahan pada dokumen, koding, administrasi, kedisiplinan proses, serta dukungan teknologi informasi. Sepanjang Januari–Oktober 2025 tercatat 1.305 kasus klaim tertunda dengan nominal Rp19,09 miliar atau sekitar 10,2% dari total klaim layak, angka yang cukup tinggi dibandingkan standar ideal. Analisis dengan pendekatan input–proses–output menunjukkan bahwa kelemahan pada

dokumen, SDM, dan sistem informasi sebagai input, hambatan dalam verifikasi administratif, medis, dan coding sebagai proses, menghasilkan klaim berstatus tertunda sebagai output. Kondisi ini berdampak langsung pada arus kas rumah sakit, efisiensi operasional, mutu pelayanan, serta citra institusi. Dengan demikian, klaim tertunda bukan sekadar masalah administratif, melainkan fenomena yang menuntut perbaikan menyeluruh. Rumah sakit perlu memperkuat kompetensi SDM, meningkatkan disiplin dokumentasi, menegakkan kepatuhan prosedur, serta mempercepat integrasi teknologi informasi agar klaim dapat diproses lebih efisien. Upaya ini penting untuk menekan angka klaim tertunda, menjaga keberlanjutan finansial, dan memastikan mutu pelayanan tetap terjaga.

Berdasarkan hasil penelitian, RS Sentra Medika Cibinong disarankan untuk memperkuat sistem pengendalian internal klaim melalui standarisasi alur verifikasi pra-pengajuan yang lebih ketat dan terdokumentasi. Optimalisasi fungsi monitoring dan evaluasi bulanan perlu disertai dengan indikator kinerja yang

terukur, seperti target penurunan persentase klaim tertunda dan waktu rata-rata penyelesaian klaim. Selain itu, peningkatan kompetensi sumber daya manusia, khususnya dokter penanggung jawab pelayanan (DPJP), koder, dan petugas rekam medis, perlu dilakukan secara berkelanjutan melalui pelatihan regulasi INA-CBGs, audit dokumentasi medis, serta pembaruan kebijakan klaim dari BPJS Kesehatan agar tidak terjadi perbedaan interpretasi dalam proses verifikasi. Di sisi sistem, rumah sakit perlu mengoptimalkan integrasi antara SIMRS dan aplikasi INA-CBGs guna meminimalkan kesalahan input manual dan mempercepat proses pengajuan klaim. Pengembangan dashboard monitoring klaim berbasis real-time juga direkomendasikan agar manajemen dapat memantau status klaim secara cepat dan akurat. Selain itu, penguatan komunikasi dan forum klarifikasi rutin dengan verifikator eksternal menjadi langkah strategis untuk menyamakan persepsi terkait indikasi medis dan ketentuan administrasi, sehingga angka klaim tertunda dapat ditekan secara konsisten serta stabilitas keuangan rumah sakit tetap terjaga.

**DAFTAR PUSTAKA**

- Alvin, I., Sapta, L., & Matoeari, S. (2025). Analisa penyebab klaim tertunda BPJS Kesehatan rawat jalan di RSUD Welas Asih Bandung. *Jurnal Kesehatan Tambusai*.
- Ary, W., Simanjorang, A., & Satria, B. (2021). Analisis penyebab klaim tertunda BPJS Kesehatan rawat inap di RSUD Dr. R.M. Djoelham Binjai. *Journal of Healthcare Technology and Medicine*.
- Bella, C. R., Pratama, A., & Abidin, A. Z. (2024). Gambaran penyebab tertunda klaim BPJS Kesehatan akibat ketidaktepatan kode diagnosis di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret (UNS). *RAMMIK: Jurnal Rekam Medik dan Manajemen Informasi Kesehatan*.
- Errisyah, et al. (2024). Faktor utama penyebab klaim rawat inap tertunda: ketidaklengkapan dokumen medis dan ketidaktepatan pengkodean diagnosis.
- Farhansyah, F., Cahyani, H., & Amanda, J. (2024). Faktor penyebab klaim tertunda berkas BPJS Kesehatan pelayanan rawat jalan di Rumah Sakit X. *Jurnal Kesehatan Tambusai*.
- Haq, A., & Werdani, Y. (2024). Analisis faktor klaim tertunda di Rumah Sakit Nirmala Suri: kelengkapan administrasi, kaidah coding, dan standar pelayanan.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014a). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs). Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014b). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Program Jaminan Kesehatan Nasional (pp. 1–48). Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). Keputusan

- Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/1112/2022 tentang Petunjuk Teknis Klaim Penggantian Biaya Pelayanan Pasien (pp. 1–83). Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2024). Laporan Kinerja Kementerian Kesehatan Tahun 2024. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Khanza, M., Rezqiqa, M., & Khofipah, S. (2024). Analisis penyebab klaim tertunda BPJS Kesehatan rawat inap di Rumah Sakit X Kota Tebing Tinggi. *Jurnal Kesehatan Ilmiah Indonesia*.
- Maulida, E. S., & Djunawan, A. (2022a). Analisis penyebab klaim tertunda berkas BPJS Kesehatan pelayanan rawat inap RS Universitas Airlangga. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 21(6), 374–379.
- Maulida, E. S., & Djunawan, A. (2022b). Analisis penyebab tertunda klaim berkas BPJS Kesehatan pelayanan rawat inap Rumah Sakit Airlangga. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*.
- Meiningtyas, A., & Cahya, F. (2025). Faktor-faktor penyebab klaim tertunda peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit Pusat Pertamina. *JMIKI: Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*.
- Mukaromah, S., & Wahab, S. (2024). Analisis penyebab klaim tertunda BPJS rawat jalan guna menunjang kelancaran pembayaran pelayanan kesehatan di RSUD Kota Bandung. *PREPOTIF: Jurnal Kesehatan Masyarakat*.
- Mulya, S., Sonia, D., Putra, D. H., & Yulia, N. (2024). Analisis klaim tertunda BPJS Kesehatan pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi tahun 2023. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (SEHATRAKYAT)*.
- Nabila, S. F., Santi, M. W., & Deharja, A. (2020). Analisis faktor penyebab klaim tertunda akibat koding berkas rekam medis pasien rawat

- inap di RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo. J-REMI: Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan.
- Pranayuda, B., Haryanti, I., Utomo, Y., & Madistriyatno, H. (2023). Analisis penyebab klaim tertunda pasien BPJS Kesehatan dalam pengajuan klaim di Rumah Sakit Umum Persahabatan. *Blantika: Multidisciplinary Journal*.
- Rahayu, et al. (2025). Kontribusi beban kerja tinggi dan kekurangan SDM terhadap penundaan klaim di Rumah Sakit X Kota Malang meskipun SOP telah diterapkan.
- Ramadanis, R., et al. (2024). Aspek administratif: faktor kelengkapan dokumen klaim, kesesuaian identitas pasien, keterlambatan input data, dan ketidaksesuaian berkas dengan standar BPJS.
- Republik Indonesia. (2011). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 124.
- Republik Indonesia. (2018). Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165.
- Republik Indonesia. (2021). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021 tentang Rekam Medis. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Sugiyono, P. D. (2009). Metode penelitian kuantitatif, kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta.
- Wiasa, I. N. D. (2022, September). Jaminan Kesehatan Nasional yang berkeadilan menuju kesejahteraan sosial.
- Wirdah, Prastuti, S., & Endah, K. D. (2025). Analisis klaim tertunda BPJS Kesehatan di RSUD Pasar Minggu tahun 2024. *COMSERVA: Jurnal Penelitian dan Pengabdian Masyarakat*.