Jurnal Manajemen Dan Administrasi Rumah Sakit (MARSI)
Vol. 10 No 4, Oktober 2026
https://ejournal.urindo.ac.id/index.php/MARSI
E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9079

ANALISIS KERJA TIM CASEMIX DALAM MENANGANI *PENDING* KLAIM BPJS KESEHATAN PADA UNIT RAWAT INAP DI RUMAH SAKIT SEHAT

ANALYSIS OF THE CASEMIX TEAM'S PERFORMANCE IN MANAGING PENDING BPJS KESEHATAN INPATIENT CLAIMS AT SEHAT HOSPITAL

Nindito Kresnamukti[1], Pujiyanto[2]
Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia
E-mail: dito2nd@gmail.com, puji_fkm@ui.ac.id

ABSTRAK

Klaim pending BPJS Kesehatan pada unit rawat inap dapat menimbulkan risiko finansial bagi rumah sakit karena tarif rawat inap membutuhkan pembuktian klinis dan administratif yang lebih kuat. Penelitian ini bertujuan menganalisis kerja tim casemix dalam menangani klaim pending BPJS Kesehatan pada unit rawat inap di Rumah Sakit Sehat. Penelitian menggunakan desain studi kasus kualitatif melalui telaah dokumen klaim periode Agustus-Desember 2025 dan wawancara mendalam dengan informan dari unit casemix, rekam medis, IGD, rawat inap, dan unit terkait. Analisis dilakukan secara tematik dengan kerangka Donabedian yang mencakup struktur, proses, dan hasil. Hasil penelitian menunjukkan bahwa rawat inap mencatat 150 kasus pending dari 712 klaim, dengan nilai pending sebesar Rp2.051.781.500. Meskipun jumlah kasus pending rawat inap lebih rendah daripada rawat jalan, rawat inap menyumbang 77,8% dari total nilai pending. Penyebab utama pending meliputi indikasi rawat inap, lama rawat, kriteria penjaminan, koding, reseleksi diagnosis, kesesuaian tata laksana klinis, readmisi, bukti penunjang, dan administrasi. Audit pra-klaim berbasis risiko, *concurrent review*, integrasi sistem informasi, dan evaluasi lintas unit diperlukan untuk menurunkan klaim pending rawat inap.

Kata Kunci: Pengelolaan Klaim, Tim Casemix, Jaminan Kesehatan Nasional, Klaim Pending, Manajemen Rumah Sakit.

ABSTRACT

Pending BPJS Health claims in inpatient services may create substantial financial risk because inpatient tariffs require stronger clinical and administrative justification. This study aimed to analyze the work of the casemix team in handling pending BPJS Health claims in the inpatient unit of Sehat Hospital. This study used a qualitative case study design through claim document review for August-December 2025 and structured interviews with informants from casemix, medical records, emergency department, inpatient unit, and related work units. The data were analyzed using thematic analysis and the Donabedian structure-process-outcome framework. The results showed that inpatient claims accounted for 150 pending cases from 712 claims, with a total pending value of Rp2,051,781,500. Although inpatient pending cases were fewer than outpatient pending cases, inpatient claims contributed 77.8% of total pending value. The main causes were inpatient indication, length of stay, guarantee criteria, coding issues, diagnosis reselection, clinical management suitability, readmission, supporting evidence, and administrative documents. Risk-based pre-claim audit, concurrent review, information system integration, and cross-unit evaluation are needed to reduce inpatient pending claims.

Keywords: Claim Management, Casemix Team, National Health Insurance, Pending Claims, Hospital Management.

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9079

PENDAHULUAN

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan mekanisme perlindungan kesehatan yang menempatkan rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Rumah sakit yang telah memberikan pelayanan kepada peserta JKN berhak mengajukan klaim kepada BPJS Kesehatan. Pembayaran klaim dilakukan melalui sistem prospektif berbasis INA-CBGs, sehingga kelengkapan dokumen, ketepatan koding, dan kesesuaian bukti klinis menjadi syarat penting dalam proses verifikasi [1,2].

Dalam praktiknya, tidak semua klaim langsung dinyatakan layak. Klaim dapat mengalami *pending* apabila verifikator menemukan ketidaksesuaian administrasi, ketidaktepatan koding, ketidaklengkapan resume medis, ketidakcukupan bukti penunjang, atau perbedaan interpretasi terhadap indikasi pelayanan. Kondisi ini perlu diperhatikan karena *pending* klaim akan menunda pembayaran BPJS Kesehatan kepada rumah sakit dan dapat memengaruhi arus kas, pembayaran jasa medis, serta keberlanjutan pembiayaan pelayanan [3-6].

Unit rawat inap memiliki karakteristik yang berbeda dibandingkan rawat jalan. Klaim rawat inap umumnya bernilai lebih tinggi, memiliki variasi diagnosis dan prosedur yang lebih kompleks, serta membutuhkan pembuktian klinis yang menjelaskan alasan pasien memerlukan perawatan inap. Oleh karena itu, klaim pending rawat inap tidak hanya menggambarkan masalah administrasi, tetapi juga menunjukkan kebutuhan penguatan dokumentasi klinis sejak pasien masuk sampai pasien pulang [5,6,10].

Tim casemix memiliki peran strategis dalam proses tersebut. Tim casemix melakukan pemeriksaan kelengkapan dokumen, koding diagnosis dan prosedur, entri INA-CBGs, verifikasi internal, pengajuan klaim, serta tindak lanjut klaim pending. Peran ini menunjukkan bahwa tim casemix bukan hanya unit administratif, melainkan koordinator mutu klaim yang menghubungkan pelayanan klinis, rekam medis, administrasi, dan komunikasi dengan verifikator BPJS Kesehatan [2,4,10,11].

Data penelitian di Rumah Sakit Sehat menunjukkan bahwa rawat inap memberikan risiko finansial terbesar dalam klaim pending BPJS Kesehatan. Selama Agustus-Desember 2025, rawat inap mencatat 150 kasus pending dari 712 kasus klaim, dengan nilai pending sebesar Rp2.051.781.500. Nilai tersebut menyumbang 77,8% dari total nominal pending rumah sakit. Berdasarkan permasalahan tersebut, penelitian ini berfokus pada analisis kerja tim casemix dalam menangani klaim pending BPJS Kesehatan pada unit rawat inap di Rumah Sakit Sehat.

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9079

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan desain studi kasus. Penelitian dilakukan untuk menganalisis kerja tim casemix dalam menangani klaim pending BPJS Kesehatan pada unit rawat inap di Rumah Sakit Sehat. Sumber data terdiri atas data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui observasi proses kerja dan wawancara mendalam dengan informan dari unit casemix, rekam medis, IGD, rawat inap, dan unit terkait. Data sekunder diperoleh melalui telaah dokumen klaim BPJS Kesehatan periode Agustus-Desember 2025.

Analisis data dilakukan secara tematik dengan mengelompokkan temuan ke dalam kategori penyebab pending, proses kerja casemix, koordinasi lintas unit, dan kebutuhan perbaikan. Kerangka Donabedian digunakan untuk menilai struktur, proses, dan hasil dalam penanganan klaim pending. Aspek struktur mencakup SDM, SOP, sistem informasi, dan pembagian peran. Aspek proses mencakup alur verifikasi, koding, klarifikasi dokumen, dan pengajuan ulang klaim. Aspek hasil mencakup jumlah pending, nilai pending, pola penyebab, dan implikasi finansial bagi rumah sakit [7-9].

HASIL

Hasil telaah dokumen menunjukkan bahwa klaim rawat inap mengalami fluktuasi selama periode Agustus-Desember 2025. Jumlah kasus pending tertinggi terjadi pada Agustus dan September, masing-masing sebanyak 39 kasus. Persentase kasus pending tertinggi terjadi pada Agustus sebesar 30,0%, kemudian menurun hingga 15,2% pada November, dan meningkat kembali menjadi 17,9% pada Desember.

Tabel 1. Hasil verifikasi klaim rawat inap pasien JKN periode Agustus-Desember 2025

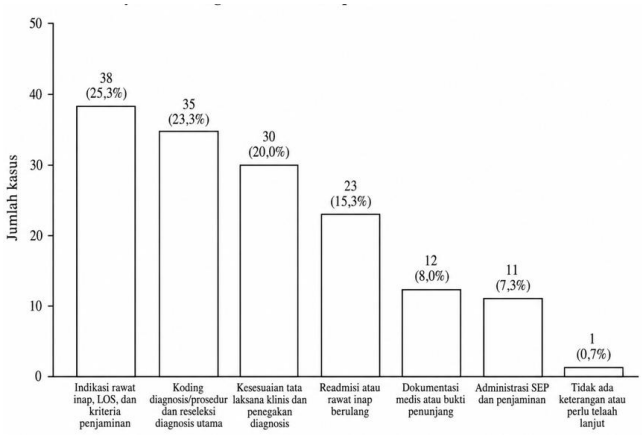
Bulan	Kasus pending	Nominal pending	Biaya pending
Agustus	39 (30,0%)	Rp688,3 juta	56,0%
September	39 (25,8%)	Rp359,2 juta	29,0%
Oktober	27 (16,5%)	Rp251,8 juta	21,7%
November	20 (15,2%)	Rp224,1 juta	19,3%
Desember	25 (17,9%)	Rp528,3 juta	37,7%
Total	**150 (21,1%)**	**Rp2.051,8 juta**	**33,3%**

Secara kumulatif, 150 dari 712 klaim rawat inap mengalami pending atau setara 21,1%. Dari sisi nilai, nominal pending rawat inap mencapai Rp2.051.781.500 dari total tagihan Rp6.166.346.200 atau 33,3%. Temuan ini menunjukkan bahwa proporsi nilai pending lebih besar daripada proporsi jumlah kasus.

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9079

Artinya, kasus yang tertunda tidak hanya banyak secara jumlah, tetapi juga memiliki bobot biaya yang besar.

Penyebab pending rawat inap paling banyak adalah indikasi rawat inap, lama rawat, dan kriteria penjaminan, yaitu 38 kasus atau 25,3% dari seluruh pending rawat inap. Kategori ini meliputi pertanyaan verifikator mengenai kelayakan rawat inap, pasien masuk hari ini pulang besok, LOS dua hari, tindakan yang dinilai dapat dilakukan rawat jalan, serta kejelasan status penjaminan JKN. Penyebab lain yang muncul adalah koding diagnosis/prosedur, reseleksi diagnosis utama, kesesuaian tata laksana klinis, penegakan diagnosis, readmisi, bukti penunjang, dan administrasi SEP.



Gambar 1. Kategori penyebab pending claim BPJS Kesehatan

Hasil wawancara menunjukkan bahwa tim casemix bertanggung jawab terhadap pengawasan koding, verifikasi internal, pengajuan klaim, dan tindak lanjut klaim pending. Koordinasi dilakukan dengan rekam medis, IGD, rawat inap, DPJP, dan unit administrasi untuk melengkapi dokumen yang dipertanyakan oleh BPJS Kesehatan. Pada unit rawat inap, dokumen yang paling menentukan kelayakan klaim meliputi CPPT, resume medis, instruksi medis, hasil pemeriksaan penunjang, laporan tindakan, dokumen pulang, dan bukti pendukung lain yang menjelaskan kebutuhan rawat inap.

Tabel 2. Sintesis temuan berdasarkan kerangka Donabedian

Komponen	Temuan dan implikasi
Struktur	SDM, SOP, SIMRS, DPJP, rawat inap, dan rekam medis terlibat; integrasi data belum optimal sehingga perlu pembagian peran, pelatihan, dan dashboard klaim.
Proses	Verifikasi internal dan klarifikasi dokumen berjalan, tetapi sebagian masalah terlihat setelah klaim dikembalikan BPJS; audit pra-klaim dan *concurrent review* perlu diperkuat.
Hasil	Rawat inap menyumbang 77,8% total nominal pending; manajemen perlu memprioritaskan kasus rawat inap bernilai tinggi.

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9079

PEMBAHASAN

Temuan utama penelitian ini memperlihatkan bahwa klaim pending rawat inap perlu dilihat dari sisi jumlah kasus dan nilai rupiah. Dari sisi jumlah, kasus pending rawat inap lebih sedikit dibandingkan rawat jalan. Namun, dari sisi nominal, rawat inap menyumbang beban finansial paling besar. Pola ini menunjukkan bahwa indikator mutu klaim tidak cukup hanya menghitung jumlah kasus pending, tetapi juga perlu mengukur nilai klaim yang tertunda. Rumah sakit dapat mengalami gangguan arus kas apabila kasus bernilai tinggi tidak segera terselesaikan [6,10,12].

Penyebab dominan berupa indikasi rawat inap, LOS, dan kriteria penjaminan menunjukkan bahwa pending rawat inap tidak dapat diselesaikan hanya dengan memperbaiki administrasi setelah pasien pulang. Justifikasi kebutuhan rawat inap harus dibangun sejak awal pelayanan. DPJP perlu menuliskan kondisi klinis awal, alasan observasi, kebutuhan terapi, hasil pemeriksaan penunjang, risiko perburukan, dan alasan pemilihan setting rawat inap. Jika informasi tersebut tidak tertulis secara eksplisit, verifikator dapat menilai bahwa pelayanan seharusnya dilakukan sebagai rawat jalan [3-6].

Koding diagnosis dan prosedur tetap menjadi inti proses klaim karena kode yang tidak tepat dapat mengubah kelompok INA-CBGs. Akan tetapi, akurasi koding sangat bergantung pada kualitas dokumentasi klinis. Koder tidak dapat memilih kode secara optimal apabila diagnosis utama, diagnosis sekunder, tindakan, hasil penunjang, dan kronologi pelayanan tidak ditulis dengan jelas. Oleh karena itu, masalah pending klaim rawat inap perlu dikelola sebagai masalah lintas unit, bukan hanya sebagai masalah tim casemix [2,10,11].

Berdasarkan kerangka Donabedian, struktur yang tersedia belum sepenuhnya menghasilkan proses pencegahan yang kuat. SDM dan SOP sudah ada, tetapi teknologi informasi belum sepenuhnya berfungsi sebagai alat pencegahan dini. Proses kerja masih cenderung reaktif karena sebagian masalah baru ditindaklanjuti setelah BPJS mengembalikan klaim. Kondisi ini perlu diubah menjadi proses proaktif melalui audit pra-klaim berbasis risiko [9,13].

Concurrent review menjadi solusi penting karena banyak masalah rawat inap lebih mudah diperbaiki ketika pasien masih dirawat. Tim casemix, rekam medis, case manager, atau verifikator internal dapat menandai kasus berisiko tinggi, seperti LOS pendek, readmisi, kasus dengan tindakan mahal, diagnosis yang berpotensi berubah, atau kasus yang memerlukan bukti penunjang khusus. Dengan cara ini,

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9079

klarifikasi kepada DPJP dan unit rawat inap dapat dilakukan sebelum pasien pulang dan sebelum klaim diajukan kepada BPJS Kesehatan [13,14].

Forum evaluasi lintas unit juga diperlukan agar penyebab pending tidak berulang. Data pending perlu dikembalikan kepada unit pelayanan dalam bentuk umpan balik yang mudah dipahami, misalnya kategori penyebab, contoh dokumen yang kurang, unit terkait, dan tindak lanjut yang harus dilakukan. Evaluasi rutin akan membantu rumah sakit membangun budaya dokumentasi klinis yang lebih kuat dan meningkatkan akuntabilitas pengelolaan klaim JKN [10,13,14].

Rumah sakit perlu menggunakan *checklist* verifikasi internal antara rawat jalan, IGD, dan rawat inap. *Checklist* menjadi alat kerja yang praktis dan digunakan secara konsisten [3,4,13].

Tabel 3. Contoh *checklist* yang dapat digunakan

No	Komponen yang Diperiksa	Ada / Tidak ada	Keterangan
1.	SEP sesuai tanggal pelayanan	Ada / Tidak ada	
2.	Resume medis sudah lengkap dan ditandatangani DPJP	Ada / Tidak ada	
3.	CPPT lengkap selama masa perawatan	Ada / Tidak ada	
4.	Diagnosis utama sesuai dengan bukti klinis	Ada / Tidak ada	
5.	Diagnosis sekunder didukung hasil pemeriksaan	Ada / Tidak ada	
6.	Laporan tindakan atau operasi tersedia	Ada / Tidak ada	
7.	Hasil laboratorium/ radiologi tersedia	Ada / Tidak ada	
8.	Indikasi rawat inap tertulis jelas	Ada / Tidak ada	
9.	LOS sesuai dengan kondisi klinis	Ada / Tidak ada	

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9079

10.	Tidak ada masalah penjaminan lain	Ada / Tidak ada

SIMPULAN

Klaim pending BPJS Kesehatan pada unit rawat inap di Rumah Sakit Sehat memiliki dampak finansial besar. Selama Agustus-Desember 2025 terdapat 150 kasus pending rawat inap dari 712 klaim, dengan nilai pending sebesar Rp2.051.781.500 atau 77,8% dari total nominal pending. Penyebab utama pending rawat inap meliputi indikasi rawat inap, lama rawat, kriteria penjaminan, koding diagnosis/prosedur, reseleksi diagnosis utama, kesesuaian tata laksana klinis, readmisi, bukti penunjang, dan administrasi SEP.

Kesimpulan akhir penelitian ini menegaskan bahwa efektivitas kerja tim casemix sangat dipengaruhi oleh mutu kerja lintas unit. Tim casemix dapat menurunkan pending klaim jika DPJP menulis dokumentasi klinis yang kuat, rekam medis memastikan kelengkapan berkas, IGD mendokumentasikan dasar keputusan rawat inap, rawat inap menjaga kesinambungan catatan klinis, dan manajemen menyediakan sistem monitoring. Tim casemix berperan sebagai pengendali utama koding, verifikasi internal, klarifikasi dokumen, dan tindak lanjut klaim pending. Rumah Sakit Sehat perlu memperkuat audit pra-klaim berbasis risiko, *concurrent review*, integrasi sistem informasi, dan evaluasi lintas unit untuk menurunkan klaim pending rawat inap.

DAFTAR PUSTAKA

[1] Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. 2004.

[2] Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG). 2016.

[3] BPJS Kesehatan. Petunjuk Teknis Verifikasi Klaim. 2014.

[4] BPJS Kesehatan. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 7 Tahun 2018 tentang Pengelolaan Administrasi Klaim Fasilitas Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan. Jakarta: BPJS Kesehatan; 2018.

[5] Muroli CJ, Rahardjo TBW, Kodyat AG. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya Pending Klaim Rawat Inap oleh BPJS di RSAB Harapan Kita Jakarta Barat Tahun 2019. Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (MARSI). 2020;4(2):191-197. doi:10.52643/marsi.v4i2.1040.

[6] Maulida ES, Djunawan A. Analisis Penyebab Pending Claim Berkas BPJS Kesehatan Pelayanan Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Airlangga. Media Kesehatan Masyarakat Indonesia. 2022;21(6):374-379.

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9079

[7] Yin RK. Case Study Research and Applications: Design and Methods. 6th ed. Los Angeles: SAGE Publications; 2018.

[8] Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology. 2006;3(2):77-101.

[9] Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? JAMA. 1988;260(12):1743-1748.

[10] Kusumawati AN, Pujiyanto. Faktor-Faktor Penyebab Pending Klaim Rawat Inap di RSUD Koja Tahun 2018. Cermin Dunia Kedokteran. 2020;47(1):25-28.

[11] 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 Dr. Soedirman Kebumen. Jurnal Ilmiah Perekam dan Informasi Kesehatan Imelda. 2023;8(1):34-43.

[12] Syahputri FA, Khairani K, Gurning FP. Analisis faktor penyebab pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap di rumah sakit umum X Kota Medan. Jurnal Kesehatan Masyarakat Cendekia Utama. 2024;12(1):23-32.

[13] Utami YT, Maryati W, Ahmad H. Optimalisasi manajemen dalam upaya menurunkan angka pending klaim pasien BPJS rawat inap di rumah sakit. Infokes: Jurnal Ilmiah Rekam Medis dan Informatika Kesehatan. 2025;15(1):1-10.

[14] 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. Kesmas Indonesia. 2019;11(1):24-35.