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.v10i4.9274

Analisis Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di Pusat Mata Nasional RS Mata Cicendo Bandung Tahun 2026

Analysis of Factors Causing Pending Inpatient Claims under the BPJS Health Program at the National Eye Center Cicendo Eye Hospital Bandun in 2026

Titin Komariah[1,2], Aries Widiyoko[2]

[1]Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan, Politeknik Indonusa Surakarta

[2]Rumah Sakit Mata Cicendo Bandung, Indonesia

Email: 25.titin.komariah@poltekindonusa.ac.id

aries_widiyoko@poltekindonusa.ac.id

ABSTRAK

Pendahuluan: Pending klaim BPJS Kesehatan merupakan permasalahan yang masih sering dihadapi rumah sakit dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), menyebabkan keterlambatan pembayaran yang berdampak pada arus kas, efisiensi operasional, dan keberlanjutan pelayanan kesehatan. Penelitian mengenai pending klaim di rumah sakit khusus mata masih terbatas, padahal karakteristik pelayanan oftalmologi memiliki kompleksitas tersendiri dalam dokumentasi klinis, pengkodean, dan verifikasi klaim. Penelitian ini bertujuan menganalisis faktor-faktor penyebab pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap di Pusat Mata Nasional RS Mata Cicendo Bandung Tahun 2026.

Metode: Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain deskriptif. Data diperoleh melalui wawancara mendalam, observasi, dan studi dokumentasi terhadap berkas pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap Triwulan I Tahun 2026. Informan dipilih secara purposive terdiri dari kepala IVPK, petugas coding, verifikator internal, petugas rekam medis, dan dokter penanggung jawab pasien. Analisis data menggunakan model interaktif Miles, Huberman, dan Saldaña melalui reduksi data, penyajian data, serta penarikan kesimpulan. Keabsahan data dijamin melalui triangulasi sumber dan teknik.

Hasil: Selama Triwulan I Tahun 2026 ditemukan 516 kasus pending klaim, dengan jumlah tertinggi pada bulan Januari (48,8%). Analisis mengidentifikasi empat faktor utama penyebab pending klaim, yaitu kompetensi sumber daya

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9274

manusia, kelengkapan dokumen rekam medis, ketepatan pengkodean diagnosis dan tindakan, serta faktor eksternal berupa proses verifikasi BPJS Kesehatan. Kelengkapan dokumen rekam medis merupakan faktor paling dominan karena berpengaruh terhadap akurasi coding, proses grouping INA-CBGs, dan penetapan status klaim.

Kesimpulan: Pending klaim BPJS Kesehatan merupakan hasil interaksi berbagai faktor yang saling berkaitan. Peningkatan kompetensi sumber daya manusia, penguatan kualitas dokumentasi rekam medis, optimalisasi proses coding, pelaksanaan audit internal secara berkala, serta koordinasi yang lebih efektif dengan BPJS Kesehatan menjadi strategi utama untuk menurunkan angka pending klaim dan meningkatkan efektivitas pengelolaan pembiayaan pelayanan kesehatan.

Kata Kunci: BPJS Kesehatan; pending klaim; rekam medis; coding; INA-CBGs

ABSTRACT

Introduction: Pending claims remain a major challenge in Indonesia's National Health Insurance (JKN) program, causing payment delays that impact hospital cash flow, operational efficiency, and service sustainability. Studies on pending claims in specialized eye hospitals remain limited, despite the distinctive characteristics of ophthalmology services that influence clinical documentation, coding accuracy, and claim verification. This study aimed to analyze the factors contributing to inpatient BPJS Health claim pending at the National Eye Center Cicendo Eye Hospital, Bandung, in 2026.

Methods: A qualitative descriptive study was conducted using in-depth interviews, observations, and document reviews of inpatient pending claims during the first quarter of 2026. Informants were selected purposively, including the head of the Claim Verification Unit, coders, internal verifiers, medical record officers, and responsible physicians. Data were analyzed using the Miles, Huberman, and Saldaña interactive model. Data credibility was ensured through source and technique triangulation.

Results: A total of 516 pending claims were identified during the first quarter of 2026, with the highest proportion occurring in January (48.8%). Four interrelated factors were identified as the main causes: human resource competence, completeness of medical record documentation, accuracy of ICD-10 and ICD-9-CM coding, and external verification processes conducted by BPJS Health. Incomplete medical record documentation emerged as the dominant

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9274

factor affecting coding accuracy, INA-CBGs grouping, and claim verification outcomes.

Conclusion: Pending claims are influenced by interconnected internal and external factors. Strengthening healthcare personnel competencies, improving medical record documentation quality, optimizing clinical coding practices, implementing routine internal audits, and enhancing coordination with BPJS Health are essential strategies to reduce pending claims and improve the efficiency of hospital reimbursement management.

Keywords: BPJS Health; pending claims; medical records; clinical coding; INA-CBGs

PENDAHULUAN

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan kebijakan strategis pemerintah Indonesia untuk menjamin akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu melalui mekanisme pembiayaan yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan. Sejak diberlakukannya pada tahun 2014, cakupan kepesertaan JKN terus meningkat dan saat ini telah menjangkau lebih dari 98% populasi Indonesia (DJSN, 2024). Dalam implementasinya, rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan rujukan memiliki tanggung jawab memberikan pelayanan sesuai standar sekaligus menyelenggarakan proses administrasi klaim secara akurat, lengkap, dan tepat waktu. Keberhasilan proses klaim menjadi indikator penting dalam menjaga kesinambungan pembiayaan pelayanan kesehatan karena pembayaran klaim merupakan sumber pendapatan utama bagi rumah sakit yang melayani peserta JKN.

Sistem pembayaran pelayanan kesehatan dalam JKN menggunakan mekanisme Indonesian Case-Based Groups (INA-CBGs), yaitu sistem pembayaran prospektif yang didasarkan pada kelompok diagnosis dan tindakan medis sebagaimana diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 Tahun 2014. Besaran klaim yang diterima rumah sakit ditentukan oleh

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9274

ketepatan pengkodean diagnosis menggunakan International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision (ICD-10), pengkodean tindakan menggunakan International Classification of Diseases Ninth Revision Clinical Modification (ICD-9-CM), serta kelengkapan dokumen rekam medis yang mendukung pelayanan yang telah diberikan (Kemenkes RI, 2021). Oleh karena itu, kualitas dokumentasi klinis dan proses coding menjadi komponen penting dalam keberhasilan pengajuan klaim BPJS Kesehatan.

Pending klaim merupakan salah satu permasalahan yang masih sering dihadapi rumah sakit dalam penyelenggaraan JKN. Pending klaim adalah kondisi ketika klaim belum dapat diselesaikan atau dibayarkan karena memerlukan proses verifikasi maupun klarifikasi lebih lanjut oleh BPJS Kesehatan. Kondisi ini disebabkan oleh ketidaklengkapan dokumen, ketidaksesuaian diagnosis dan tindakan, kesalahan pengkodean, maupun perbedaan interpretasi antara rumah sakit dan verifikator BPJS Kesehatan (Maulida & Djunawan, 2022; Wirdah et al., 2025). Pending klaim tidak hanya menghambat proses pembayaran, tetapi juga berdampak pada arus kas rumah sakit, efisiensi operasional, serta keberlangsungan pelayanan kesehatan kepada pasien (Errisya et al., 2024).

Berbagai penelitian terdahulu menunjukkan bahwa penyebab pending klaim bersifat kompleks dan melibatkan berbagai aspek dalam pengelolaan informasi kesehatan. Reni dkk. (2025) menyatakan bahwa kelengkapan dokumen rekam medis, ketepatan coding diagnosis dan tindakan, serta koordinasi antarpetugas merupakan faktor yang paling sering menyebabkan pending klaim BPJS Kesehatan. Penelitian Rahayu dkk. (2025) juga melaporkan bahwa proses verifikasi BPJS Kesehatan dan perbedaan interpretasi terhadap justifikasi pelayanan medis berkontribusi terhadap terjadinya pending klaim. Sementara itu, penelitian Maulida dan Djunawan (2022) menemukan bahwa

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9274

ketidaklengkapan dokumen medis dan ketidaktepatan pengkodean diagnosis merupakan faktor dominan penyebab klaim rawat inap tertunda. Temuan-temuan tersebut menunjukkan bahwa keberhasilan pengelolaan klaim tidak hanya dipengaruhi oleh aspek administratif, tetapi juga oleh kualitas dokumentasi klinis dan komunikasi antarprofesi.

Meskipun berbagai penelitian mengenai pending klaim telah dilakukan, sebagian besar masih berfokus pada rumah sakit umum. Penelitian yang secara khusus mengkaji pending klaim pada rumah sakit khusus mata masih sangat terbatas. Padahal, pelayanan oftalmologi memiliki karakteristik yang berbeda dibandingkan pelayanan rumah sakit umum, baik dari segi jenis tindakan, penggunaan teknologi diagnostik, lama perawatan pasien, maupun kompleksitas dokumentasi klinis. Berdasarkan data internal rumah sakit, tindakan oftalmologi seperti phacoemulsification, vitrectomy, dan corneal transplant memerlukan dokumentasi klinis yang sangat spesifik dan rinci. Karakteristik tersebut berpotensi menimbulkan perbedaan penyebab pending klaim sehingga diperlukan penelitian yang lebih spesifik pada rumah sakit dengan layanan khusus.

Pusat Mata Nasional RS Mata Cicendo Bandung merupakan rumah sakit rujukan nasional di bidang kesehatan mata yang melayani pasien dari berbagai wilayah di Indonesia, termasuk peserta JKN. Berdasarkan studi pendahuluan pada tanggal 04 januari 2026 terhadap data klaim pasien rawat inap BPJS Kesehatan di PMN selama Triwulan IV tahun 2025 (oktober sampai dengan desember), ditemukan 557 kasus klaim pending dari total klaim rawat inap periode tersebut (2842 berkas). Hasil analisis menunjukan penyebab pending bersifat multidimensional dan dapat dikelompokkan kedalam tiga kluster utama, yaitu aspek medis dan justifikasi rawat inap, administrasi dan validitas dokumen, serta koding klinis dan pembuktian diagnostic. Aspek medis dan

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9274

justifikasi rawat inap menjadi penyebab terbesar dengan kontribusi 46,5 % (259 kasus). Klaim pending memberikan dampak yang cukup signifikan terhadap rumah sakit. Keterlambatan pembayaran klaim menyebabkan terganggunya arus kas rumah sakit, meningkatnya beban kerja petugas klaim dan koder karena harus melakukan perbaikan berkas secara berulang, serta menurunkan efisiensi pelayanan administrasi klaim. Selain itu, apabila pending klaim tidak segera diselesaikan maka dapat berpotensi menjadi klaim ditolak (rejected claim) yang mengakibatkan kerugian finansial bagi rumah sakit. Dampak lainnya adalah terhambatnya proses evaluasi pelayanan dan meningkatnya waktu penyelesaian klaim rawat inap.

Penelitian ini memiliki kebaruan (novelty) pada tiga aspek utama. Pertama, penelitian ini merupakan kajian pertama yang secara spesifik menganalisis pending klaim BPJS Kesehatan di rumah sakit khusus mata di Indonesia, yang memiliki karakteristik pelayanan berbeda dengan rumah sakit umum. Kedua, penelitian ini mengintegrasikan empat aspek utama penyebab pending klaim—faktor sumber daya manusia, kelengkapan dokumen rekam medis, ketepatan coding diagnosis dan tindakan, serta faktor eksternal verifikasi BPJS Kesehatan—dalam satu kerangka analisis yang komprehensif. Ketiga, penelitian ini menggunakan triangulasi sumber dan teknik untuk memberikan gambaran yang lebih mendalam mengenai hubungan antar faktor dalam proses pengelolaan klaim, yang belum banyak dibahas pada penelitian sebelumnya.

Berdasarkan uraian tersebut, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah "Apa saja faktor yang menyebabkan terjadinya pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap di Pusat Mata Nasional RS Mata Cicendo Bandung Tahun 2026?" Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis faktor-faktor penyebab pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap di Pusat Mata Nasional RS Mata Cicendo Bandung Tahun 2026. Hasil penelitian diharapkan memberikan kontribusi

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9274

teoritis berupa pengayaan pemahaman mengenai faktor-faktor penyebab pending klaim di rumah sakit khusus, serta kontribusi praktis sebagai bahan evaluasi bagi rumah sakit dalam meningkatkan kualitas dokumentasi rekam medis, ketepatan coding, efektivitas verifikasi internal, dan koordinasi dengan BPJS Kesehatan sehingga proses pengajuan klaim dapat berlangsung lebih efektif, efisien, dan tepat waktu.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif dengan desain deskriptif untuk menganalisis faktor-faktor penyebab pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap di Pusat Mata Nasional (PMN) RS Mata Cicendo Bandung. Pendekatan kualitatif dipilih karena mampu memberikan pemahaman secara mendalam mengenai fenomena pending klaim berdasarkan pengalaman informan dan kondisi nyata di lapangan, sesuai dengan rekomendasi Creswell (2018) dan Miles, Huberman, & Saldaña (2020) untuk penelitian yang bertujuan mengeksplorasi fenomena kompleks dalam setting alami.

Penelitian dilaksanakan di Instalasi Verifikasi dan Penjaminan Klaim (IVPK) dan Instalasi Rekam Medis Pusat Mata Nasional RS Mata Cicendo Bandung pada periode Maret–Mei 2026. Informan dipilih menggunakan teknik purposive sampling dengan kriteria: (1) terlibat langsung dalam proses pengelolaan klaim BPJS Kesehatan; (2) memiliki pengalaman minimal satu tahun di bidang pengelolaan klaim; dan (3) bersedia menjadi informan penelitian. Informan terdiri dari kepala IVPK, petugas coding (2 orang), verifikator internal (2 orang), petugas rekam medis (2 orang), dan dokter penanggung jawab pasien (3 orang), sehingga total informan berjumlah 10 orang.

Data dikumpulkan melalui tiga teknik utama. Pertama, wawancara mendalam (in-depth interview) menggunakan pedoman wawancara semi-terstruktur

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9274

untuk menggali persepsi, pengalaman, dan hambatan informan dalam proses pengelolaan klaim. Kedua, observasi non-partisipan terhadap proses pengelolaan klaim di IVPK dan Instalasi Rekam Medis untuk memahami alur kerja aktual. Ketiga, studi dokumentasi terhadap berkas pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap Triwulan I Tahun 2026, meliputi resume medis, hasil coding diagnosis dan tindakan, dokumen pendukung klaim, serta hasil verifikasi BPJS Kesehatan.

Analisis data menggunakan model interaktif Miles, Huberman, dan Saldaña (2020) yang meliputi tiga tahapan: (1) reduksi data, yaitu proses seleksi, pemusatan perhatian, dan penyederhanaan data mentah hasil wawancara, observasi, dan dokumentasi; (2) penyajian data, yaitu pengorganisasian data dalam bentuk uraian tematik, tabel, dan matriks untuk mempermudah identifikasi pola hubungan antarvariabel; dan (3) penarikan dan verifikasi kesimpulan, yaitu upaya menegaskan makna serta memverifikasi pola-pola temuan dari lapangan.

Kredibilitas hasil penelitian dijaga melalui triangulasi sumber (membandingkan informasi dari berbagai informan) dan triangulasi teknik (membandingkan hasil wawancara, observasi, dan studi dokumentasi) sehingga diperoleh temuan yang konsisten. Selain itu, dilakukan member checking dengan mengonfirmasi kembali hasil wawancara dan interpretasi peneliti kepada informan untuk menghindari kesalahpahaman atau bias interpretasi. Seluruh informan telah memberikan persetujuan setelah mendapat penjelasan mengenai tujuan, proses, dan cara penggunaan data sipenelitian.

HASIL DAN PEMBAHASAN

a. Karakteristik Pending Klaim BPJS Kesehatan

Berdasarkan hasil telaah dokumen pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap Triwulan I Tahun 2026, diperoleh 516 kasus pending klaim. Distribusi pending

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9274

klaim menunjukkan kecenderungan menurun dari bulan Januari hingga Maret, namun jumlah kasus masih menunjukkan bahwa proses pengelolaan klaim memerlukan evaluasi secara berkelanjutan.

Tabel 1. Distribusi Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap Triwulan I Tahun 2026

Bulan	Jumlah Pending	Persentase (%)
Januari	252	48,8
Februari	152	29,5
Maret	112	21,7
Total	**516**	**100**

Sumber: Data Dokumen IVPK RS Mata Cicendo (2026)

Berdasarkan Tabel 1, jumlah pending klaim tertinggi terjadi pada bulan Januari, yaitu sebanyak 252 kasus (48,8%), kemudian menurun menjadi 152 kasus (29,5%) pada bulan Februari dan 112 kasus (21,7%) pada bulan Maret. Penurunan tersebut mengindikasikan adanya perbaikan dalam proses pengelolaan klaim, namun jumlah pending yang masih cukup tinggi menunjukkan perlunya peningkatan mutu dokumentasi rekam medis, ketepatan coding, serta efektivitas verifikasi internal.

b. Faktor Penyebab Pending Klaim

Hasil analisis data dari wawancara, observasi, dan telaah dokumen menunjukkan bahwa penyebab pending klaim dapat dikelompokkan ke dalam

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9274

empat faktor utama, yaitu faktor sumber daya manusia, kelengkapan dokumen rekam medis, ketepatan coding diagnosis dan tindakan, serta faktor eksternal yang berkaitan dengan proses verifikasi BPJS Kesehatan. Keempat faktor tersebut saling berkaitan dalam menentukan status akhir klaim.

Tabel 2. Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan

Faktor	Temuan Penelitian	Dampak terhadap Klaim
Sumber Daya Manusia	Kompetensi dan koordinasi antarpetugas belum optimal	Terjadi keterlambatan penyelesaian dokumen dan klarifikasi
Kelengkapan Dokumen Rekam Medis	Resume medis, laporan operasi, dan pemeriksaan penunjang belum lengkap	Klaim dikembalikan untuk dilengkapi
Ketepatan Coding	Diperlukan klarifikasi diagnosis dan tindakan sebelum penentuan kode	Mempengaruhi hasil grouping INA-CBGs
Faktor Eksternal	Perbedaan interpretasi saat verifikasi BPJS Kesehatan	Klaim memerlukan klarifikasi lanjutan

Sumber: Data Primer (2026)

PEMBAHASAN

a. Faktor Sumber Daya Manusia

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9274

Penelitian menunjukkan bahwa kompetensi sumber daya manusia memiliki peran penting dalam keberhasilan pengelolaan klaim BPJS Kesehatan. Seluruh proses klaim melibatkan berbagai profesi, mulai dari dokter penanggung jawab pasien (DPJP), perawat, petugas rekam medis, coder, hingga verifikator internal. Hasil wawancara dengan kepala IVPK mengungkapkan bahwa ketidaktepatan komunikasi dan kurangnya pemahaman terhadap regulasi BPJS Kesehatan menyebabkan keterlambatan penyelesaian dokumen.

"Kendala utama sebenarnya bukan di coding, tapi di awal-awal proses. Dokumen dari ruangan sering tidak lengkap atau tidak jelas. Kadang dokter juga belum paham betul tentang apa yang harus dicatat untuk kepentingan klaim, bukan hanya untuk kepentingan klinis." (Kepala IVPK, wawancara, 15 April 2026)

Hal ini sejalan dengan penelitian Reni dkk. (2025) yang menyatakan bahwa koordinasi lintas profesi dan kompetensi petugas merupakan faktor penting dalam menekan angka pending klaim. Teori manajemen mutu pelayanan kesehatan menjelaskan bahwa kualitas pelayanan administrasi dipengaruhi oleh kompetensi sumber daya manusia, kepatuhan terhadap standar operasional prosedur, dan efektivitas komunikasi antarunit kerja (Donabedian, 1988). Dalam konteks pengelolaan klaim, kompetensi mencakup pemahaman terhadap regulasi JKN, keterampilan dokumentasi klinis, serta kemampuan berkomunikasi secara efektif antarprofesi.

b. Faktor Kelengkapan Dokumen Rekam Medis

Kelengkapan dokumen rekam medis merupakan faktor yang paling dominan dalam penelitian ini. Hasil telaah dokumen menunjukkan bahwa resume medis yang belum lengkap, laporan operasi yang kurang rinci, serta tidak tersedianya

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9274

hasil pemeriksaan penunjang menyebabkan verifikator BPJS Kesehatan memerlukan klarifikasi tambahan. Hal ini diperkuat oleh pernyataan informan:

"Seringkali berkas yang masuk ke kita sudah lengkap secara administratif, tapi secara klinis masih kurang. Misalnya diagnosis utama tidak didukung oleh hasil pemeriksaan penunjang, atau laporan operasi tidak mencantumkan prosedur yang dilakukan secara detail. Akhirnya harus klarifikasi ke DPJP, dan itu memakan waktu." (Verifikator Internal, wawancara, 18 April 2026)

Hasil tersebut mendukung penelitian Adinda Aulia Kusuma Rahayu dkk. (2025) yang menyebutkan bahwa dokumentasi klinis yang tidak lengkap menjadi penyebab utama pending klaim di rumah sakit. Rekam medis tidak hanya berfungsi sebagai dokumen pelayanan kesehatan, tetapi juga sebagai bukti administratif dan legal dalam proses pembiayaan pelayanan melalui sistem INA-CBGs. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis menegaskan bahwa rekam medis harus dibuat secara lengkap, akurat, dan tepat waktu (Kemenkes RI, 2022). Oleh karena itu, kualitas dokumentasi klinis menjadi dasar utama dalam menentukan kelayakan klaim.

c. Faktor Ketepatan Coding Diagnosis dan Tindakan

Ketepatan coding diagnosis menggunakan ICD-10 dan coding tindakan menggunakan ICD-9-CM berpengaruh langsung terhadap hasil grouping INA-CBGs. Penelitian menunjukkan bahwa coder sering melakukan klarifikasi kepada DPJP apabila dokumentasi diagnosis atau tindakan belum menggambarkan kondisi klinis pasien secara jelas. Seorang informan menyatakan:

"Kami tidak bisa asal kode. Kalau diagnosis di resume tidak jelas, kami harus tanya ke dokter. Tapi kalau dokternya sibuk, klarifikasi bisa tertunda. Ini yang

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9274

sering membuat proses coding menjadi lama." (Petugas Coding, wawancara, 17 April 2026)

Kondisi tersebut menunjukkan bahwa kualitas coding sangat bergantung pada kualitas dokumentasi rekam medis. Temuan ini sejalan dengan konsep clinical coding yang menekankan bahwa akurasi kode harus didasarkan pada dokumentasi klinis yang lengkap dan dapat dipertanggungjawabkan (WHO, 2021). Kesalahan atau ketidaksesuaian coding berpotensi mengubah kelompok INA-CBGs sehingga memengaruhi proses verifikasi maupun nilai klaim yang diajukan rumah sakit. Penelitian Sri Mulya dkk. (2024) juga menemukan bahwa ketidaktepatan koding diagnosis dan tindakan menjadi salah satu penyebab utama pending klaim.

d. Faktor Eksternal

Selain faktor internal, penelitian ini menunjukkan bahwa proses verifikasi BPJS Kesehatan juga memengaruhi terjadinya pending klaim. Permintaan klarifikasi mengenai indikasi rawat inap, justifikasi pelayanan, maupun kesesuaian diagnosis menunjukkan bahwa proses verifikasi tidak hanya menilai kelengkapan administratif, tetapi juga mempertimbangkan kesesuaian aspek klinis dengan regulasi Program JKN. Hal ini diungkapkan oleh salah satu informan:

"Kadang terjadi perbedaan interpretasi antara kita dan verifikator BPJS. Misalnya, kita anggap suatu tindakan sudah sesuai indikasi, tapi verifikator meminta klarifikasi tambahan. Ini yang sering menyebabkan pending." (Kepala IVPK, wawancara, 15 April 2026)

Perbedaan interpretasi antara rumah sakit dan verifikator BPJS Kesehatan dapat menyebabkan klaim belum dapat diselesaikan pada tahap pertama. Temuan ini konsisten dengan penelitian Lestari (2021) yang menegaskan

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9274

bahwa perbedaan persepsi terkait indikasi medis dan aturan klaim menjadi penyebab dominan pending klaim di rumah sakit. Oleh karena itu, komunikasi yang baik, penyamaan persepsi terhadap regulasi, serta pelaksanaan verifikasi internal secara berkala menjadi strategi penting untuk mengurangi potensi pending klaim.

Sintesis Hasil Penelitian

Keempat faktor yang ditemukan dalam penelitian ini membentuk suatu hubungan yang saling memengaruhi dalam ekosistem pengelolaan klaim. Berdasarkan kerangka Donabedian (1988), struktur berupa kompetensi sumber daya manusia dan sistem dokumentasi menentukan proses berupa kualitas rekam medis dan akurasi coding, yang pada akhirnya memengaruhi outcome berupa status klaim dan kelancaran pembayaran. Hubungan ini dapat digambarkan sebagai berikut:

Bagan 1. Hubungan Faktor Penyebab Pending Klaim

STRUKTUR (Sumber Daya Manusia)

↓

PROSES (Dokumentasi Rekam Medis → Coding Diagnosis & Tindakan)

↓

OUTCOME (Verifikasi BPJS Kesehatan → Status Klaim)

Kompetensi sumber daya manusia menentukan kualitas dokumentasi rekam medis. Dokumentasi yang lengkap menjadi dasar ketepatan coding diagnosis dan tindakan. Ketepatan coding menghasilkan grouping INA-CBGs yang sesuai, sedangkan hasil grouping menjadi dasar proses verifikasi BPJS Kesehatan.

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9274

Apabila salah satu tahapan tidak berjalan optimal, maka risiko terjadinya pending klaim akan meningkat.

Temuan tersebut menunjukkan bahwa upaya menurunkan angka pending klaim harus dilakukan secara sistematis melalui peningkatan kompetensi SDM, penguatan kualitas dokumentasi rekam medis, audit coding secara berkala, optimalisasi verifikasi internal, serta koordinasi yang lebih efektif dengan BPJS Kesehatan. Pendekatan sistemik ini sejalan dengan prinsip manajemen mutu pelayanan kesehatan yang menekankan perbaikan berkelanjutan pada seluruh aspek proses pelayanan (Endalamaw et al., 2024).

KESIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap di Pusat Mata Nasional RS Mata Cicendo Bandung Tahun 2026 dipengaruhi oleh interaksi berbagai faktor internal dan eksternal yang saling berkaitan. Berdasarkan hasil wawancara, observasi, dan telaah dokumen terhadap 516 kasus pending klaim pada Triwulan I Tahun 2026, diperoleh empat faktor utama penyebab pending klaim, yaitu kompetensi sumber daya manusia, kelengkapan dokumen rekam medis, ketepatan coding diagnosis dan tindakan, serta proses verifikasi BPJS Kesehatan. Di antara keempat faktor tersebut, kelengkapan dokumen rekam medis merupakan faktor yang paling dominan karena menjadi dasar dalam penentuan diagnosis, pengkodean tindakan, proses grouping INA-CBGs, hingga verifikasi oleh BPJS Kesehatan.

Temuan penelitian juga menunjukkan bahwa keberhasilan pengelolaan klaim tidak hanya bergantung pada ketelitian petugas coding atau verifikator, tetapi merupakan hasil dari koordinasi seluruh profesi yang terlibat sejak pasien menerima pelayanan hingga klaim diajukan kepada BPJS Kesehatan. Pendekatan sistemik berdasarkan kerangka Donabedian (struktur-proses-

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9274

outcome) memperkuat pemahaman bahwa perbaikan mutu pengelolaan klaim harus dilakukan secara menyeluruh melalui peningkatan kualitas dokumentasi rekam medis, peningkatan kompetensi SDM, optimalisasi audit coding, serta penguatan verifikasi internal sebelum pengajuan klaim.

Implikasi Praktis: Rumah sakit disarankan untuk meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan melalui pelatihan berkala mengenai dokumentasi rekam medis, pengkodean diagnosis dan tindakan sesuai ICD-10 dan ICD-9-CM, serta regulasi terbaru BPJS Kesehatan. Pelaksanaan audit rekam medis, audit coding, dan pre-claim review perlu dilakukan secara rutin untuk memastikan kelengkapan dan kesesuaian dokumen sebelum klaim diajukan. Koordinasi antara DPJP, petugas rekam medis, coder, casemix, dan verifikator internal perlu diperkuat melalui penyusunan mekanisme komunikasi yang lebih efektif.

Keterbatasan Penelitian: Penelitian hanya dilakukan pada satu rumah sakit sehingga hasilnya belum dapat digeneralisasi untuk seluruh rumah sakit di Indonesia. Penelitian menggunakan pendekatan kualitatif sehingga temuan lebih menekankan pada pemahaman mendalam terhadap proses dan penyebab pending klaim, bukan untuk mengukur besarnya hubungan antarvariabel secara statistik.

Rekomendasi Penelitian Selanjutnya: Penelitian selanjutnya disarankan menggunakan pendekatan mixed methods atau kuantitatif untuk menguji pengaruh masing-masing faktor terhadap kejadian pending klaim secara lebih komprehensif. Penelitian juga dapat melibatkan beberapa rumah sakit dengan karakteristik berbeda sehingga diperoleh gambaran yang lebih luas mengenai faktor penyebab pending klaim BPJS Kesehatan di Indonesia.

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9274

REKOMENDASI

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan yang telah dipaparkan, disarankan beberapa langkah strategis bagi manajemen rumah sakit serta pembuat kebijakan:

1. **Penguatan Kompetensi Sumber Daya Manusia:** Rumah sakit perlu menyelenggarakan pelatihan berkala bagi tenaga kesehatan, khususnya DPJP, petugas rekam medis, coder, dan verifikator internal, mengenai dokumentasi rekam medis yang lengkap dan akurat, pengkodean diagnosis dan tindakan sesuai ICD-10 dan ICD-9-CM, serta regulasi dan kebijakan terbaru BPJS Kesehatan.
2. **Audit Internal Secara Berkala:** Rumah sakit perlu menerapkan audit rekam medis, audit coding, dan pre-claim review secara rutin untuk memastikan kelengkapan dan kesesuaian dokumen sebelum klaim diajukan kepada BPJS Kesehatan. Temuan audit dapat digunakan sebagai dasar perbaikan sistem secara berkelanjutan.
3. **Penguatan Koordinasi Lintas Unit:** Koordinasi antara DPJP, petugas rekam medis, coder, casemix, dan verifikator internal perlu diperkuat melalui penyusunan mekanisme komunikasi yang lebih efektif, termasuk forum koordinasi rutin dan penyamaan persepsi terhadap regulasi klaim.
4. **Optimalisasi Teknologi Informasi:** Rumah sakit perlu mengoptimalkan integrasi antara SIMRS dan aplikasi INA-CBGs/BPJS Kesehatan untuk meminimalkan kesalahan input manual, mempercepat proses pengajuan klaim, dan meningkatkan akurasi data.
5. **Penguatan Verifikasi Internal:** Proses verifikasi internal sebelum pengajuan klaim perlu diperkuat dengan menetapkan indikator kinerja yang terukur, seperti target penurunan persentase pending klaim dan waktu rata-rata penyelesaian klaim.

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9274

UCAPAN TERIMA KASIH

Penulis menyampaikan terima kasih kepada Pusat Mata Nasional RS Mata Cicendo Bandung yang telah memberikan izin dan dukungan selama pelaksanaan penelitian. Ucapan terima kasih juga disampaikan kepada seluruh informan penelitian, dosen pembimbing, serta civitas akademika Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan Politeknik Indonusa Surakarta atas arahan, masukan, dan dukungan yang diberikan selama proses penyusunan penelitian hingga penulisan artikel ilmiah ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. (2024). Peraturan BPJS Kesehatan tentang Administrasi Klaim Program Jaminan Kesehatan Nasional. Jakarta: BPJS Kesehatan.
2. Creswell, J.W. (2018). Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches (4th ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
3. DJSN. (2024). Laporan Kinerja Program JKN Kuartal IV Tahun 2024. Jakarta: Dewan Jaminan Sosial Nasional.
4. Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? Journal of the American Medical Association, 260(12), 1743-1748.
5. Endalamaw, A., Khatri, R.B., Mengistu, T.S., Erku, D., Wolk, E., Zewdie, A., & Assefa, Y. (2024). A scoping review of continuous quality improvement in healthcare system: conceptualization, models and tools, barriers and facilitators, and impact. BMC Health Services Research, 24, 487.

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9274

6. Errisya, et al. (2024). Faktor utama penyebab klaim rawat inap tertunda: ketidaklengkapan dokumen medis dan ketidaktepatan pengkodean diagnosis. Jurnal Kesehatan Masyarakat.

7. 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. Jakarta: Kemenkes RI.

8. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis. Jakarta: Kemenkes RI.

9. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. Jakarta: Kemenkes RI.

10. Lestari, R. (2021). Analisis klaim tertunda BPJS Kesehatan rawat inap di RS tipe B Bandung. Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan.

11. Maulida, E.S., & Djunawan, A. (2022). Analisis penyebab klaim tertunda berkas BPJS Kesehatan pelayanan rawat inap RS Universitas Airlangga. Media Kesehatan Masyarakat Indonesia, 21(6), 374-379.

12. Miles, M.B., Huberman, A.M., & Saldaña, J. (2020). Qualitative Data Analysis: A Methods Sourcebook (4th ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.

13. Pemerintah Republik Indonesia. (2023). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Jakarta: Sekretariat Negara RI.

E-ISSN: 2865-6583
P-ISSN: 2868-6298
10.52643/marsi.v10i4.9274

14. Rahayu, A.A.K., dkk. (2025). Faktor penyebab pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap berdasarkan proses verifikasi. Jurnal Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.

15. Reni, dkk. (2025). Analisis faktor penyebab pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap di rumah sakit. Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan.

16. Sri 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).

17. Sugiyono. (2022). Metode Penelitian Kualitatif. Bandung: Alfabeta.

18. Wirdah, Prastuti, S., & Endah, K.D. (2025). Analisis klaim tertunda BPJS Kesehatan di RSUD Pasar Minggu tahun 2024. COMSERVA: Jurnal Penelitian dan Pengabdian Masyarakat.

19. World Health Organization. (2021). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10). Geneva: WHO.

20. World Health Organization. (2021). International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM). Geneva: WHO.