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 CONTRIBUTING TO PENDING INPATIENT CLAIMS UNDER THE BPJS HEALTH INSURANCE PROGRAM AT THE NATIONAL EYE CENTER CICENDO EYE HOSPITAL BANDUNG 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 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

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

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 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 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 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 diagnostik. Aspek medis dan 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 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 teoritis berupa pengayaan pemahaman mengenai faktor-faktor penyebab pending klaim di rumah sakit khusus, serta kontribusi praktis

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

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 Januari - Juli 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, kepala instalasi rekam medis, petugas *coding* (1 orang), verifikator internal (1 orang), petugas klaim bpjs rawat inap (1 orang), dan dokter penanggung jawab pasien (1 orang), sehingga total informan berjumlah 6 orang.

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

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

Kredibilitas hasil penelitian dijaga melalui triangulasi sumber yaitu membandingkan informasi dari berbagai informan 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 pada penelitian ini .

HASIL DAN PEMBAHASAN

a. Distribusi Kasus Pending Klaim BPJS Kesehatan

Berdasarkan hasil telaah dokumen pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap di Instalasi Verifikasi dan Penjaminan Klaim (IVPK) Pusat Mata Nasional RS Mata Cicendo Bandung selama Triwulan I Tahun 2026, diperoleh sebanyak 516 kasus pending klaim dari total pengajuan klaim rawat inap periode tersebut sebanyak 2827 berkas klaim. Distribusi kasus menunjukkan kecenderungan menurun dari bulan Januari hingga Maret, meskipun jumlah pending klaim masih cukup tinggi sehingga memerlukan evaluasi terhadap proses pengelolaan klaim 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 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 proses pengelolaan klaim, namun tingginya jumlah kasus menunjukkan bahwa rumah sakit masih perlu meningkatkan mutu dokumentasi rekam medis, akurasi *coding*, dan efektivitas proses verifikasi internal.

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

b. Karakteristik Kasus Pending Klaim Berdasarkan Faktor Penyebab

Untuk memperoleh gambaran penyebab pending klaim secara lebih komprehensif, peneliti melakukan telaah terhadap data alasan pending klaim BPJS Kesehatan yang tercatat pada hasil BAHV / sistem informasi klaim selama periode Januari sampai Maret 2026. Berdasarkan hasil identifikasi, berbagai alasan pending tersebut dapat dikelompokkan ke dalam empat kategori utama, yaitu administrasi dan kelengkapan rekam medis, ketepatan *coding*, faktor eksternal verifikasi BPJS Kesehatan, serta aspek sumber daya manusia.

Tabel 2. Karakteristik Kasus Pending Klaim Berdasarkan Faktor Penyebab

Faktor Penyebab	Jumlah	%
Administratif dan Kelengkapan Rekam Medis	413	80,04
Ketepatan *Coding*	63	12,21
Faktor Eksternal Verifikasi BPJS	21	4,07
Aspek Sumber Daya Manusia	19	3,68
Total	**516**	**100**

Sumber: Data Rekap Alasan Pending Klaim IVPK RS Mata Cicendo (2026)

Berdasarkan Tabel 2, kelengkapan dokumen rekam medis merupakan kelompok penyebab paling dominan dengan jumlah 413 kasus (80,04%), diikuti ketepatan *coding* dan justifikasi klinis sebanyak 63 kasus (12,21%). Sementara itu, faktor eksternal yang berkaitan dengan proses verifikasi BPJS Kesehatan hanya berjumlah 21 kasus (4,07%), sedangkan faktor kompetensi sumber daya manusia dan koordinasi sebanyak 19 kasus (3,68%).

Temuan tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar pending klaim disebabkan oleh faktor internal rumah sakit, terutama yang berkaitan dengan kelengkapan administrasi dan kualitas dokumentasi pengisian rekam medis serta ketepatan pengkodean diagnosis dan tindakan. Dominannya kedua faktor tersebut mengindikasikan bahwa perbaikan mutu dokumentasi klinis, peningkatan akurasi *coding*, serta penguatan proses verifikasi internal berpotensi memberikan kontribusi terbesar dalam menurunkan angka pending klaim BPJS Kesehatan.

c. Karakteristik Kasus Pending Klaim Berdasarkan Jenis Alasan

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

Analisis lebih lanjut dilakukan terhadap setiap alasan pending yang tercatat hasil BAHV. Identifikasi ini bertujuan mengetahui jenis kasus yang paling sering menyebabkan pending sehingga rumah sakit dapat menentukan prioritas perbaikan proses.

Tabel 3. Rincian Alasan Pending Klaim Berdasarkan Jenis Kasus

No	Jenis Alasan Pending	Jumlah	Kategori
1	Los 1-2 hari (indikasi RITL)	278	Indikasi Medis
2	Pasien Operasi Katarak	90	Administrasi dan Kelengkapan Indikasi Medis
3	Penagihan kelas Rawat Inap	28	Administrasi
4	Dx Primer Katarak Dengan Komplikasi	22	Koding
5	Readmisi RI ≤ 30 hari faskes yang sama	17	Indikasi Medis
6	Diagnosa Kemoterapi Rawat Inap	15	Koding
7	Severity Level II dan III dengan LOS < 3 hari	12	Koding
8	Dx Sekunder Katarak Dengan Komplikasi	10	Koding
9	Diagnosa Traumatik / Lampiran kronologis tidak ada	9	SDM
10	Ketidaksesuaian pengajuan pelayanan RS Khusus	9	Eksternal
11	Rawat Inap - Inap - Jalan	7	SDM
12	Verifikasi Biaya + Ketidaksesuaian	7	Eksternal
13	Rawat Inap - Jalan + Ketidaksesuaian pengajuan	3	Eksternal
14	Pasien Batal Operasi LOS 1 hr	2	SDM
15	Ketidaksesuaian pengajuan + Readmisi	2	Eksternal
16	Pasien rawat inap dengan lama perawatan < 6 jam	1	SDM
17	Diagnosis Dehydrasi (E86) menjadi DU	1	Koding

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

No	Jenis Alasan Pending	Jumlah	Kategori
18	Tindakan transplantasi	1	Koding
19	After Cataract post Phaco/ECCE + Readmisi	1	Koding
20	Penatalaksanaan terapi cairan	1	Koding

Sumber: Data Rekap Alasan Pending Klaim IVPK RS Mata Cicendo (2026)

Berdasarkan Tabel 3, alasan pending yang paling banyak ditemukan adalah LOS 1 sampai 2 hari dengan indikasi rawat inap tidak layak (RITL) / klaimkan rajal sebanyak 278 kasus atau sekitar 53,88% dari seluruh kasus yang telah diklasifikasikan. Posisi kedua ditempati oleh kasus pasien operasi katarak sebanyak 90 kasus (17,44%). Kedua kelompok tersebut termasuk kategori kelengkapan dokumen rekam medis, sehingga menunjukkan bahwa dokumentasi klinis pada pelayanan rawat inap singkat dan operasi katarak masih menjadi area yang paling memerlukan perbaikan.

Pada kelompok *coding*, alasan pending didominasi oleh diagnosis primer katarak dengan komplikasi (22 kasus), diagnosis kemoterapi rawat inap (15 kasus), dan diagnosis sekunder katarak dengan komplikasi (10 kasus). Temuan tersebut menggambarkan bahwa kompleksitas dokumentasi klinis pada kasus oftalmologi dan penyakit penyerta memerlukan ketelitian tinggi dalam penetapan diagnosis, dokumentasi tindakan, serta proses pengkodean sesuai standar ICD dan INA-CBGs.

Karakteristik tersebut menunjukkan adanya pola pending klaim yang relatif berbeda dibandingkan rumah sakit umum. Dominasi kasus operasi katarak, komplikasi oftalmologi, dan tindakan pelayanan mata mencerminkan karakteristik khusus rumah sakit mata sehingga memberikan nilai kebaruan penelitian dalam konteks pengelolaan klaim BPJS Kesehatan pada rumah sakit khusus.

d. Faktor Penyebab Pending Klaim

Setelah diketahui distribusi karakteristik pending klaim berdasarkan telaah dokumen, penelitian selanjutnya melakukan analisis mendalam melalui wawancara, observasi, dan triangulasi untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang menyebabkan terjadinya pending klaim. Hasil analisis menunjukkan bahwa penyebab pending klaim tidak hanya berkaitan dengan karakteristik pending, tetapi juga dipengaruhi oleh empat faktor utama, yaitu kompetensi sumber daya manusia, kelengkapan dokumen rekam medis, ketepatan *coding* diagnosis dan tindakan, serta faktor eksternal yang berkaitan dengan proses verifikasi BPJS Kesehatan.

Tabel 4. Faktor Penyebab Pending Klaim BPJS Kesehatan

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

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, indikasi medis 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. Karakteristik Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap

Berdasarkan hasil telaah dokumen pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap di Instalasi Verifikasi dan Penjaminan Klaim (IVPK) Pusat Mata Nasional RS Mata Cicendo Bandung selama Triwulan I Tahun 2026, diperoleh sebanyak 516 kasus pending klaim. Distribusi kasus menunjukkan kecenderungan menurun dari bulan Januari hingga Maret, meskipun jumlah pending klaim masih cukup tinggi sehingga memerlukan evaluasi terhadap proses pengelolaan klaim secara berkelanjutan. Distribusi pending klaim pada periode Triwulan I Tahun 2026 menunjukkan pola yang menarik. Jumlah kasus tertinggi terjadi pada bulan Januari (252 kasus) yang kemungkinan terkait dengan peningkatan volume pelayanan pasca periode libur akhir tahun dan awal tahun baru, serta masih berlangsungnya proses adaptasi terhadap perubahan regulasi atau sistem yang berlaku. Penurunan pada bulan Februari dan Maret mengindikasikan adanya perbaikan bertahap, namun angka yang masih di atas 100 kasus per bulan menunjukkan bahwa sistem pengelolaan klaim belum sepenuhnya efektif.

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

Pola penurunan ini sejalan dengan temuan Maulida dan Djunawan (2022) yang menyatakan bahwa klaim tertunda cenderung lebih tinggi pada awal periode karena adanya penumpukan berkas dari periode sebelumnya, dan menurun seiring dengan perbaikan proses verifikasi internal. Namun demikian, stabilitas angka pending di atas 100 kasus per bulan mengindikasikan bahwa permasalahan pending klaim bersifat struktural, bukan sekadar fluktuasi musiman.

b. Faktor Sumber Daya Manusia

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.

Data pada Tabel 2 menunjukkan bahwa faktor SDM berkontribusi secara langsung sebesar 3,68% (19 kasus) dari total pending klaim. Meskipun persentasenya kecil, faktor ini tetap signifikan karena berkaitan dengan akar masalah pada setiap tahap awal proses klaim. Keterlambatan koordinasi antarunit dapat memperpanjang waktu penyelesaian dokumen dan berdampak pada faktor lainnya, seperti kelengkapan dokumen dan ketepatan *coding*.

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

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

"*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.

Tabel 3 menunjukkan bahwa kasus LOS 1-2 hari (indikasi RITL) merupakan penyebab tunggal terbesar dengan 278 kasus (53,88 % dari total pending klaim). Hal ini mengindikasikan bahwa pasien dengan rawat inap singkat seringkali tidak didukung oleh dokumentasi klinis yang memadai untuk membenarkan indikasi rawat inap. Demikian pula, kasus Pasien Operasi Katarak (90 kasus) menunjukkan bahwa dokumentasi tindakan bedah oftalmologi memerlukan perhatian khusus karena kompleksitas prosedur dan kodingnya. Temuan ini menunjukkan bahwa rumah sakit perlu memperhatikan kualitas dokumentasi pada pasien dengan rawat inap singkat dan prosedur bedah oftalmologi sebagai prioritas perbaikan.

d. 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 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.

Berdasarkan Tabel 3, kasus Diagnosa Primer Katarak Dengan Komplikasi (22 kasus), Diagnosa Kemoterapi Rawat Inap (15 kasus), dan diagnosa sekunder Katarak Dengan Komplikasi (12 kasus) merupakan tiga besar penyebab pending pada kategori *coding*. Kasus katarak primer maupun sekunder memerlukan kode ICD-10 yang tepat sesuai dengan tindakan yang didokumentasikan, sedangkan kasus kemoterapi rawat inap memerlukan justifikasi klinis yang kuat karena pada umumnya kemoterapi diberikan secara rawat jalan. Ketidakjelasan dan ketidak lengkapan dokumentasi menyebabkan coder kesulitan menentukan kode yang tepat dan berujung pada pending klaim.

Kasus Severity Level II dan III dengan LOS < 3 hari (12 kasus) menunjukkan bahwa verifikator BPJS Kesehatan juga memperhatikan kesesuaian antara tingkat keparahan (*severit*y) dan lama rawat inap, hal ini menambah kompleksitas proses *coding* karena *coder* harus memastikan bahwa dokumentasi klinis mencerminkan severity level yang tepat.

e. 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 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.

Tabel 3 menunjukkan bahwa alasan Ketidaksesuaian pengajuan pelayanan RS Khusus (9 kasus) dan Verifikasi Biaya (7 kasus) merupakan bentuk-bentuk faktor eksternal yang paling sering muncul. Hal ini mengindikasikan bahwa verifikator BPJS Kesehatan sering meminta klarifikasi terkait kesesuaian pelayanan yang diberikan dengan status rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan khusus mata. Kasus

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

Rawat Inap - Inap - Jalan (3 kasus) menunjukkan adanya kesalahan input jalur pelayanan yang seharusnya dapat dihindari dengan koordinasi yang lebih baik antarunit..

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

Data pada Tabel 2 dan Tabel 3 memperkuat kerangka ini. Faktor kelengkapan dokumen (68,4%) dan ketepatan *coding* (27,4%) merupakan dua faktor terbesar yang berada pada tahap PROSES dalam kerangka Donabedian. Sementara itu, faktor SDM (2,0%) berada pada tahap STRUKTUR, dan faktor eksternal verifikasi (2,2%) berada pada tahap OUTCOME. Dengan demikian, upaya perbaikan yang paling berdampak adalah pada tahap proses, yaitu peningkatan kualitas dokumentasi rekam medis dan akurasi *coding*.

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. Data pada Tabel 2 menunjukkan bahwa administrasi dan kelengkapan dokumen serta isi rekam medis merupakan faktor paling dominan dengan kontribusi 80,04% dari total kasus yang terklasifikasi, diikuti oleh ketepatan *coding* (12,21%), sedangkan faktor eksternal verifikasi BPJS (4,07 %) dan kompetensi SDM (3,68%) memiliki kontribusi yang lebih kecil. Dominasi faktor kelengkapan dokumen menegaskan bahwa perbaikan kualitas dokumentasi klinis merupakan prioritas utama dalam menurunkan angka pending klaim.

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-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. Pola pending klaim yang didominasi oleh kasus LOS 1-2 hari (RITL) dan pasien operasi katarak juga mencerminkan karakteristik khusus rumah sakit mata, yang menjadi nilai kebaruan penelitian ini.

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

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

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.

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. Termasuk segera merealisasikan proses digital klaim untuk klaim rawat inap.

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

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.

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.
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.

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.

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

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.