



## Gambaran *Pending* Klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Kebayoran Lama

### *Overview of Pending BPJS Inpatient Claims at Kebayoran Lama Regional General Hospital*

Ahmad Rozikin<sup>1\*</sup>, Nanda Aula Rumana<sup>2</sup>, Putery Fannya<sup>3</sup>, Muhammad Fuad Iqbal<sup>4</sup>

<sup>1-4</sup>Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan, Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan, Universitas Esa  
Unggul, Jakarta, Indonesia

\*Penulis Korespondensi: [ahmadrozikin1651@student.esaunggul.ac.id](mailto:ahmadrozikin1651@student.esaunggul.ac.id)

#### Riwayat Artikel:

Naskah Masuk: 26 Desember 2025;

Revisi: 11 Januari 2026;

Diterima: 28 Januari 2026;

Tersedia: 30 Januari 2026;

**Keywords:** *BPJS Claims; Hospital  
Management; Inpatient Services;  
Medical Records; Pending Claims.*

**Abstract:** *Pending claims from BPJS Kesehatan remain a major issue in hospital financial management, particularly in inpatient services. Returned or pending claims may disrupt hospital cash flow and affect the continuity of healthcare services. This study aimed to determine the percentage and causes of returned BPJS inpatient claims that resulted in pending status at Kebayoran Lama Regional General Hospital (RSUD Kebayoran Lama). This study employed a descriptive quantitative design with a cross-sectional approach. The study population consisted of all BPJS inpatient claim files that experienced pending status from April 2025 to August 2025. Data were collected through document observation of claim files, and analyzed using descriptive statistics to determine the percentage of pending claims based on their causes. The results showed that out of 950 submitted claims, 246 claims (25.89%) were pending. The main contributing factor was medical issues (63%), followed by administrative factors (19.91%) and coding factors (17.07%). Medical factors included incomplete medical discharge summaries and insufficient supporting diagnostic examinations. These findings indicate a gap between BPJS claim requirements and the completeness of medical documentation in the hospital. In conclusion, this study highlights the need to improve the completeness of medical records, strengthen coordination among service units, and enhance the accuracy of coding officers in order to reduce the rate of pending BPJS claims.*

#### Abstrak

Pending klaim BPJS Kesehatan masih menjadi permasalahan utama dalam manajemen keuangan rumah sakit, khususnya pada pelayanan rawat inap. Klaim yang dikembalikan atau dipending dapat mengganggu arus kas rumah sakit dan berdampak pada keberlangsungan pelayanan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui *persentase* dan penyebab pengembalian klaim BPJS rawat inap yang menyebabkan status pending di RSUD Kebayoran Lama. Penelitian ini menggunakan desain *kuantitatif deskriptif* dengan pendekatan *cross-sectional*. Populasi penelitian adalah seluruh berkas klaim BPJS rawat inap yang mengalami pending pada periode April 2025 hingga Agustus 2025. Pengumpulan data dilakukan melalui observasi dokumen klaim, sedangkan analisis data menggunakan *statistik deskriptif* untuk mengetahui *persentase* pending klaim berdasarkan penyebabnya. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 950 klaim yang diajukan, sebanyak 246 klaim (25,89%) mengalami pending. Faktor penyebab terbesar adalah faktor medis (63%), diikuti administrasi (19,91%) dan koding (17,07%). Faktor medis meliputi ketidaklengkapan resume medis dan kurangnya pemeriksaan penunjang. Hal ini menunjukkan masih adanya kesenjangan antara standar persyaratan klaim BPJS dan kelengkapan dokumen medis di rumah sakit. Kesimpulan penelitian ini menegaskan perlunya peningkatan kelengkapan rekam medis, penguatan koordinasi antar unit pelayanan, serta peningkatan ketelitian petugas koding untuk menurunkan angka pending klaim BPJS.

**Kata kunci:** Klaim BPJS; Manajemen Rumah Sakit; Pending Klaim; Rawat Inap; Rekam Medis

## 1. LATAR BELAKANG

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 3 Tahun 2020, rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang memberikan layanan kesehatan perorangan secara menyeluruh, meliputi pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Sebagai fasilitas kesehatan, rumah sakit berfungsi sebagai tempat penyelenggaraan upaya kesehatan untuk memelihara serta meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Dengan demikian, rumah sakit dituntut untuk mampu memberikan pelayanan yang efektif dan efisien kepada pengguna jasa kesehatan. Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan, setiap rumah sakit wajib menyelenggarakan kegiatan rekam medis.

Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Terdapat dua metode pembayaran rumah sakit yang digunakan yaitu metode pembayaran *retrospektif* dan metode pembayaran *prospektif*. Indonesia menggunakan metode pembayaran prospektif pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL), yaitu sistem Case Based Groups yang dikenal dengan Indonesia Case Based Groups (INA-CBG's). Pola pembayaran ini digunakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dalam membiayai pelayanan kesehatan di FKRTL, seperti rumah sakit yang telah memberikan pelayanan kesehatan berhak mengajukan klaim pembayaran kepada BPJS Kesehatan.

Jaminan kesehatan merupakan bentuk perlindungan yang menjamin peserta memperoleh layanan pemeliharaan kesehatan serta pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan. Jaminan ini diberikan kepada setiap individu yang membayar iuran secara mandiri maupun yang iurannya ditanggung oleh pemerintah pusat atau pemerintah daerah. BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang bertugas menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan dilaksanakan oleh seluruh fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, baik fasilitas kesehatan tingkat pertama maupun fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut.

Pending klaim menjadi permasalahan penting karena pembayaran pelayanan baru dapat dilakukan setelah proses verifikasi dinyatakan layak. Apabila terjadi ketidaksesuaian dokumen medis, ketidaklengkapan administrasi, maupun kesalahan pengkodean diagnosis dan tindakan, maka klaim akan tertunda. Apabila klaim berstatus pending, pembayaran akan tertunda sehingga dapat mengganggu arus kas (*cash flow*) rumah sakit dan berdampak pada keberlangsungan pelayanan.

Dalam meningkatkan derajat layanan kesehatan yang ada di rumah sakit pemerintah berusaha meningkatkan mutu pelayanannya guna memberikan kenyamanan kepada pasien,

mewujudkannya dengan program JKN yang merupakan bagian dari membuka akses yang lebih besar kepada masyarakat untuk mendapatkan jaminan pelayanan Kesehatan. Pembiayaan kesehatan merupakan bagian yang penting dalam implementasi JKN. Tujuan dari pembiayaan kesehatan adalah untuk peningkatan mutu, mendorong layanan berorientasi, mendorong efisiensi dan mendorong pelayanan tim. Dengan sistem pembiayaan yang tepat diharapkan tujuan diatas bisa tercapai

Implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui BPJS Kesehatan menuntut rumah sakit untuk mengelola klaim pelayanan kesehatan secara akurat dan tepat waktu. Klaim BPJS yang tidak memenuhi persyaratan administrasi maupun medis berpotensi mengalami pending dan dikembalikan kepada rumah sakit untuk dilakukan perbaikan. Kondisi ini dapat menghambat arus kas rumah sakit dan berdampak pada kelangsungan pelayanan kesehatan.

Pending klaim BPJS umumnya disebabkan oleh ketidaklengkapan dokumen administrasi, ketidaksesuaian koding diagnosis dan tindakan, serta ketidaksesuaian dokumen medis sebagai dasar verifikasi klaim. Beberapa penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa faktor medis dan koding menjadi penyebab dominan terjadinya pending klaim rawat inap di rumah sakit pemerintah.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kebayoran Lama merupakan rumah sakit tipe D yang didirikan oleh pemerintah daerah untuk memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat di wilayah Jakarta Selatan. Sebagai fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, RSUD Kebayoran Lama secara rutin mengajukan klaim pelayanan rawat inap kepada BPJS.

Berdasarkan hasil observasi data pengajuan klaim rawat inap periode Januari hingga Maret 2025, tercatat sebanyak 589 berkas klaim diajukan, dengan jumlah pending sebanyak 123 berkas atau sebesar 20,88%. Pada Januari 2025 terdapat 171 berkas klaim dengan 32 berkas pending (18,71%). Pada Februari 2025 terdapat 205 berkas klaim dengan 56 berkas pending (27,31%). Sementara pada Maret 2025 terdapat 213 berkas klaim dengan 35 berkas pending (16,43%).

Dalam rekapitulasi data tersebut, faktor medis menjadi penyebab terbesar pending klaim sejumlah 100 berkas (16,97%), disusul faktor administrasi sebanyak 13 berkas (2,21%), dan faktor pengkodean sebanyak 10 berkas (1,69%). Tingginya *persentase* pending klaim akibat faktor medis menunjukkan adanya kesenjangan antara standar kelengkapan dokumen medis yang dipersyaratkan BPJS dengan kondisi pelaksanaan di lapangan. Ketidaklengkapan resume medis,

ketidaksesuaian diagnosis dan tindakan, serta kurangnya dukungan data penunjang menjadi faktor yang berkontribusi terhadap tertundanya proses verifikasi klaim.

Persentase tersebut menunjukkan perlunya evaluasi terhadap proses manajemen klaim yang masih ditemukan pengembalian berkas klaim akibat ketidaksesuaian persyaratan yang ditetapkan BPJS Kesehatan. Oleh karena itu, penelitian ini penting dilakukan untuk memberikan gambaran nyata terkait *persentase* dan penyebab pending klaim BPJS rawat inap sebagai dasar perbaikan sistem klaim di rumah sakit.

## 2. KAJIAN TEORITIS

Rekam Medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien berisikan informasi penting tentang pasien yang wajib diarsipkan agar bermanfaat untuk semua pihak. Baik buruknya suatu pelayanan rumah kesehatan tergantung kepada kualitas rekam medis. Tenaga kesehatan seperti dokter dan dokter gigi, petugas pengelola dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan harus menjaga isi dari rekam medis. Kerahasiaan rekam medis harus dijaga agar tidak disalah gunakan sehingga isi dari rekam medis bisa digunakan sebagai barang bukti seperti dipengadilan apabila terdapat kasus yang melanggar hukum seperti malpraktik dan sebagainya (Kemenkes RI, 2022).

Jaminan kesehatan Nasional Adalah program pelayanan kesehatan yang mencakup jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iuran jaminan kesehatannya dibayarkan oleh pemerintah. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan. Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berupa (FKRTP) Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Pertama dan (FKRTL) fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (Kemenkes, 2021).

Klaim BPJS kesehatan adalah dana perawatan pasien BPJS yang diajukan oleh Rumah Sakit kepada pihak BPJS. Tagihan klaim dari Rumah Sakit ke BPJS dilakukan secara *kolektif* setiap bulannya dimana Rumah Sakit berkewajiban dalam menyerahkan dokumen-dokumen pendukung yaitu kwitansi pembayaran, formulir bukti pelayanan rawat jalan dan persyaratan, pemeriksaan penunjang, serta Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan *grouper INA CBG'S*. *Grouper INA CBG'S* yaitu pemberlakuan tarif yang mengacu pada *Indonesia Case Base Group*

(*INA CBG'S*) berupa sebuah *software* yang digunakan Rumah Sakit untuk mengajukan klaim kepada pemerintah dalam pembayaran klaim BPJS dengan skema yang digunakan untuk pembiayaan tersebut adalah *casemix*. *Casemix* memiliki peran dalam pengelompokan diagnosis penyakit untuk penghitungan biaya pelayanan pasien di rumah sakit (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 2023).

Klaim pelayanan kesehatan Rumah Sakit harus diajukan paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya dan harus mengeluarkan berita acara kelengkapan berkas klaim (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, 2023). Kelengkapan berkas klaim tersebut terdiri dari:

- a. Lembar Surat Eligibilitas Peserta (SEP) yang ditandatangani oleh peserta/keluarga;
- b. Bukti pelayanan yang mencantumkan diagnosa dan prosedur serta ditandatangani oleh DPJP;
- c. Hasil pemeriksaan penunjang;
- d. Surat pernyataan pemeriksaan klaim oleh tim pencegahan kecurangan Rumah Sakit; dan
- e. Checklist klaim Rumah Sakit.

Pengertian pending klaim diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan dan otoritas Jaminan Kesehatan Sosial (JKN) dalam hal ini terjadi *inkonsistensi* atau ketidaklengkapan berkas. Berkas yang dikembalikan adalah berkas yang tidak dapat diverifikasi oleh Verifikator BPJS Kesehatan. Dengan kata lain merupakan *revisi* dan harus dilengkapi oleh rumah sakit agar dapat diajukan kembali kepada BPJS Kesehatan dalam batas waktu yang telah disepakati antara rumah sakit dengan BPJS Kesehatan. Pending klaim menjadi permasalahan serius karena dapat berdampak pada *cash flow* rumah sakit, memperlambat proses pembayaran dari BPJS Kesehatan, dan menimbulkan beban kerja tambahan bagi petugas klaim dan verifikator.

Berbagai faktor dapat menyebabkan pending klaim, di antaranya kesalahan pengisian data medis, ketidaksesuaian *coding*, keterlambatan pengisian rekam medis, serta kelengkapan dokumen pendukung. Berikut penyebab yang dapat dijabarkan dari ketiga faktor tersebut, yaitu:

#### 1) Berkas tidak lengkap

Faktor penyebab berkas tidak lengkap adalah;

- a. Identitas lengkap pasien, catatan tentang penyakit (diagnosis, terapi) dan tidak *sinkron* dengan persyaratan pengajuan klaim BPJS Kesehatan;
- b. Tidak dilampirkan *billing* yang sesuai dengan kelas pelayanan yang ditagihkan (peserta BPJS Kesehatan); dan
- c. Tidak dilampirkan laporan Tindakan medis seperti resume medis.

Resume medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya, paling lambat 48 jam setelah pasien pulang. Resume medis meliputi, dan pengamatan perjalanan penyakit, catatan dari pihak ketiga, hasil pemeriksaan penunjang dan lain-lain.

- 2) Kurang tepatnya koding dikarenakan kurangnya ace recording pada ICD 10 CM atau ICD 9 CM; dan
- 3) Kurangnya pemeriksaan penunjang. faktor penyebab kurangnya pemeriksaan penunjang yaitu; pending pelayanan penunjang. pending kurang EKG (Elektrokardiogram), penagihan tidak sesuai kelas, penunjang laporan laboratorium, penunjang laporan HIV, pending eviden CT scan (Computed Tomography scan).

Dari beberapa sumber terkait dengan pending klaim dapat disimpulkan bahwa pending klaim JKN terjadi karena dari hasil verifikator didapatkan ketidaklengkapan berkas pasien, meliputi kelengkapan pengisian resume medis pasien, kurangnya berkas pendukung atau berkas pemeriksaan penunjang lainnya, dan ketidaksesuaian koding (Pemerintah RI, 2018).

Pada Permenkes no 28 Tahun 2014 menyebutkan bahwa dalam proses ini, apabila ada berkas yang tidak sesuai atau kurang, pihak BPJS Kesehatan akan mengembalikan berkas – berkas pasien BPJS rawat inap tersebut ke rumah sakit. Klaim yang tidak lengkap dan dianggap tidak layak diserahkan kembali ke rumah sakit melalui unit penjaminan untuk dikoreksi dan direvisi oleh unit penjamin. Dari hasil koreksi dan revisi dilakukan oleh unit penjamin misal meminta tanda tangan dpjp, penyesuaian koding INA CBG's, telusur prosedur dan terapi kepada dpjp atau melihat rekam medis pasien yang bersangkutan. Klaim yang sudah direvisi akan disertakan pada klaim baru yang diserahkan ke BPJS Kesehatan sebelum tanggal 10 bulan berjalan. Berkas – berkas yang dikembalikan merupakan berkas yang tidak lolos verifikasi oleh Verifikator di BPJS Kesehatan. Dengan kata lain berkas – berkas yang dikembalikan ini disebut berkas *pending* dan harus dilengkapi oleh rumah sakit dan harus diserahkan lagi kepada pihak BPJS Kesehatan dalam kurun waktu yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan. Selain itu berkas klaim yang *pending* ini, harus dikembalikan dalam kurun waktu selambat-lambatnya yaitu 6 (enam) bulan. Apabila pihak rumah sakit tidak mengembalikan dalam kurun waktu yang sudah ditetapkan oleh BPJS Kesehatan, maka berkas – berkas pasien BPJS rawat inap yang dikembalikan (*pending*) tersebut tidak dapat diklaim oleh pihak BPJS Kesehatan (Kemenkes, 2014).

### 3. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif deskriptif dengan desain *cross-sectional*. Data dikumpulkan melalui observasi menggunakan lembar observasi terstruktur dengan petugas klaim. Data yang diperoleh kemudian dianalisis secara kuantitatif untuk mengetahui *persentase pending* klaim BPJS, dan untuk mengetahui penyebab *pending* klaim BPJS pada pelayanan rawat inap di RSUD Kebayoran Lama. Dengan menentukan strategi pengumpulan data yang dipandang tepat untuk menentukan *focus* serta proses pengumpulan data berikutnya kepada pihak terkait.

#### Populasi dan Sampel

##### *Populasi*

Populasi pada penelitian ini keseluruhan objek yang diteliti terdiri dari berkas *pending* klaim BPJS Kesehatan dengan jumlah *pending* rawat inap di Rumah Sakit Umum Daerah Kebayoran Lama pada periode dibulan April 2025 sampai dengan Agustus 2025. Berkas *pending* klaim BPJS Kesehatan rawat inap berdasarkan data klaim layak rawat inap terdapat 950 berkas klaim layak dan data yang *terpending* adalah 246 berkas.

##### *Sampel*

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi yang menjadi sumber data penelitian. Penentuan sampel ini berdasarkan menggunakan teknik *total sampling*, yaitu seluruh populasi dijadikan sampel penelitian karena jumlahnya masih dalam batas yang diamati secara menyeluruh.

##### *Analisis Data*

Analisis Data dalam penelitian ini adalah analisis *deskriptif kuantitatif* dalam observasi di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kebayoran Lama. Metode yang digunakan untuk mendeskripsikan data dari hasil observasi dengan teknik wawancara terstruktur yang dilakukan dengan tatap muka kepada petugas *Casemix* langsung yang bertugas dalam proses pengajuan hingga verifikasi klaim BPJS. Wawancara dilakukan untuk memperoleh informasi mengenai faktor-faktor yang dapat mempengaruhi terjadinya *pending* klaim.

### 4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil penelitian mengenai Gambaran Pengembalian Klaim BPJS yang dilakukan pada bulan April 2025 – Agustus 2025 di Rumah Sakit Umum Daerah Kebayoran Lama diperoleh informasi meliputi jumlah klaim BPJS yang diajukan, jumlah klaim yang mengalami *pending* klaim, serta *persentase* klaim pada setiap bulan selama periode penelitian.

Penyebab pending klaim didominasi oleh faktor medis, terutama ketidaklengkapan resume medis dan kurangnya pemeriksaan penunjang sebagai data dukung klaim. Faktor administrasi dan koding juga ditemukan, namun dengan *persentase* yang lebih rendah.

Temuan ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa kualitas dokumentasi medis dan ketepatan koding sangat memengaruhi kelancaran proses klaim BPJS. Ketidaksesuaian antara diagnosis, tindakan, dan hasil pemeriksaan penunjang dapat menyebabkan klaim tidak lolos verifikasi BPJS dan harus dikembalikan kepada rumah sakit.

**Tabel 1.** Jumlah Berkas *Pending* Klaim BPJS Rawat Inap Berdasarkan Faktor Penyebab.

NO	BULAN	JUMLAH KLAIM DIAJUKAN	JUMLAH KLAIM PENDING	PERSENTASE
1	APRIL	162	44	27,16%
2	MEI	168	30	17,85%
3	JUNI	214	62	28,97%
4	JULI	204	53	25,98%
5	AGUSTUS	202	57	28,21%
	TOTAL	950	246	25,89%

Dalam hal ini peneliti masih menemukan masalah terkait pengajuan berkas klaim BPJS Kesehatan pada pasien rawat inap yang mengalami pending klaim pada bulan April 2025 - Agustus 2025 dari jumlah sample sebanyak 950 berkas klaim yang diajukan pada pasien rawat inap dan berkas klaim rawat inap yang mengalami pending klaim sejumlah 246 berkas klaim dengan *presentase* jumlah klaim pending sejumlah 25,89%.

Pada bulan April, jumlah klaim yang diajukan sebanyak 162 klaim, dengan 44 klaim pending atau sebesar 27,16%. Selanjutnya pada bulan Mei, dari 168 klaim yang diajukan, terdapat 30 klaim pending dengan *persentase* 17,85%, yang merupakan persentase pengembalian terendah selama periode penelitian. Pada bulan Juni, jumlah klaim yang diajukan meningkat menjadi 214 klaim, dengan 62 klaim pending atau sebesar 28,97%, yang merupakan *persentase* pengembalian tertinggi. Pada bulan Juli, dari 204 klaim yang diajukan, terdapat 53 klaim pending dengan *persentase* 25,98%. Sementara itu, pada bulan Agustus, jumlah klaim yang diajukan sebanyak 202 klaim, dengan 57 klaim pending atau sebesar 28,21%. Secara keseluruhan, *persentase* pengembalian klaim BPJS selama periode April hingga Agustus menunjukkan perubahan pada setiap bulannya, dengan nilai tertinggi terjadi pada bulan Juni dan terendah pada bulan Mei.

**Tabel 2.** Jumlah Berkas *Pending* Klaim BPJS Rawat Inap Berdasarkan Faktor Penyebab.

NO	FAKTOR PENYEBAB	JUMLAH KLAIM PENDING	PERSENTASE
1	Administrasi	49	19,91%
2	Medis	155	63%
3	Koding	42	17,07%
	TOTAL	246	100%

Dari seluruh data berkas klaim pending, kemudian data tersebut dipisahkan berdasarkan faktor penyebab yang diambil dari kolom keterangan. Faktor penyebabnya dibagi menjadi 3 yaitu Faktor Administrasi, Faktor Medis, dan Faktor Koding. Hasil dari penyaringan total sejumlah 246 berdasarkan faktor penyebab pending didapatkan sebanyak masing-masing 49 berkas pending karena faktor administrasi, 155 berkas pending karena faktor medis dan 42 berkas pending karena faktor koding. Secara keseluruhan *persentase* faktor penyebab *pending* nilai tertinggi terjadi pada Faktor Medis, kondisi ini menunjukkan bahwa sebagian besar klaim *pending* disebabkan oleh faktor medis seperti tidak lengkapnya atau tidak tersertakannya hasil pemeriksaan penunjang yang seharusnya menjadi bukti pendukung pelayanan medis Hal tersebut tidak dapat dikoding karena terdapat kelengkapan yang tidak disertakan dalam proses klaim *pending*. Kondisi ini menyebabkan klaim tidak dapat diverifikasi secara optimal oleh pihak BPJS Kesehatan dan pada kurang tepatnya koding seperti menunjukkan bahwa secara umum proses *pengkodean diagnosis* dan tindakan sudah berjalan cukup baik, meskipun masih ditemukan beberapa ketidaktepatan kode diagnosa yang diminta pihak BPJS yang perlu disesuaikan verifikasi klaimnya, Ketidaktepatan koding ini berdampak pada ketidaksesuaian klaim dengan ketentuan tarif dan aturan BPJS, sehingga klaim perlu dikaji ulang dan diperbaiki sehingga klaim dinyatakan pending dan harus dilengkapi kembali oleh pihak rumah sakit.

## 5. KESIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan hasil penyajian dan analisis data terhadap 950 sampel klaim rawat inap yang diajukan di RSUD Kebayoran Lama, diperoleh 246 klaim yang mengalami pending. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor medis merupakan penyebab dominan terjadinya pending klaim, yaitu sebanyak 155 berkas (63%), terutama disebabkan oleh indikasi medis yang tidak sesuai dan ketidaklengkapan dokumen pendukung seperti hasil pemeriksaan penunjang. Faktor administrasi menempati urutan kedua dengan 49 berkas (19,91%), yang umumnya berkaitan dengan ketidaklengkapan berkas persyaratan klaim. Sementara itu, faktor pengkodean (koding) menyumbang 42 berkas (17,07%), dengan penyebab utama berupa ketidaktepatan kode diagnosis. Tingginya angka pending klaim tersebut berdampak pada keterlambatan

pembayaran jasa medis kepada tenaga kesehatan dan mengganggu arus kas rumah sakit, sehingga secara tidak langsung dapat memengaruhi kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.

Selain itu, pending klaim lebih banyak terjadi pada pelayanan rawat inap dibandingkan rawat jalan. Hal ini disebabkan oleh kompleksitas kasus rawat inap yang lebih tinggi, beragamnya jenis pelayanan yang diberikan, serta ketatnya proses verifikasi dan persyaratan klaim dari BPJS Kesehatan. Pelayanan rawat inap menuntut dokumentasi medis yang lebih rinci dan komprehensif, mulai dari catatan perkembangan pasien, hasil pemeriksaan penunjang, hingga laporan tindakan medis, sehingga risiko terjadinya ketidaksesuaian atau ketidaklengkapan dokumen menjadi lebih besar. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa permasalahan pending klaim tidak hanya dipengaruhi oleh faktor internal rumah sakit, tetapi juga oleh perbedaan penafsiran ketentuan antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan. Oleh karena itu, diperlukan upaya perbaikan dalam peningkatan kelengkapan dokumentasi medis, ketepatan pengkodean, serta penguatan koordinasi dan komunikasi antara rumah sakit dan BPJS Kesehatan guna meminimalkan terjadinya pending klaim di masa mendatang.

Dalam upaya meningkatkan hasil data yang berkualitas meliputi Gambaran *Pending Klaim BPJS Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Kebayoran Lama*, peneliti menyampaikan beberapa saran sebagai berikut:

*Pending klaim* menjadi salah satu hal yang harus diperhatikan khususnya dalam manajemen keuangan rumah sakit. Karena hal tersebut memengaruhi arus kas rumah sakit yang terjadi di layanan kesehatan, disarankan untuk rumah sakit agar meningkatkan kembali pengawasan dan evaluasi terhadap kelengkapan berkas klaim yang akan dikirimkan kepada pihak BPJS setiap bulannya untuk memperkuat pengendalian pemenuhan pemeriksaan penunjang yang diperlukan sesuai ketentuan klaim BPJS Kesehatan, khususnya pada pelayanan rawat inap, melalui komunikasi efektif, koordinasi yang lebih baik antara dokter penanggung jawab pelayanan, unit penunjang medis, dan petugas klaim. Hal ini bertujuan untuk memastikan bahwa penegakan diagnosis dan tindakan medis didukung oleh pemeriksaan penunjang yang memadai maupun lengkap sehingga klaim yang diajukan tidak mengalami *pending*. Karena akurasi dokumentasi, pemeriksaan penunjang dan koding merupakan dasar utama dalam penentuan tarif *INA-CBG's* dan proses verifikasi klaim BPJS. Jika ketiga aspek tersebut tidak berjalan optimal, maka *pending klaim* akan terus berulang dan berdampak pada keuangan rumah sakit.

Disarankan bagi rumah sakit untuk meningkatkan pelaksanaan *double check* dan verifikasi internal secara berkala terhadap proses pengodean diagnosis dan tindakan medis

yang diinput ke dalam sistem. *Double check* yang dimaksud adalah proses pemeriksaan ulang hasil koding oleh petugas koding lain atau oleh tim verifikator internal rumah sakit, dengan membandingkan kode yang ditetapkan terhadap resume medis, *CPPT*, hasil pemeriksaan penunjang, serta kesesuaian dengan ketentuan INA-CBG's. Upaya ini bertujuan untuk menilai dan meningkatkan tingkat akurasi koding, meminimalkan kesalahan pengodean, meningkatkan kesesuaian antara *data klinis* dan kode yang ditetapkan, serta menurunkan risiko terjadinya pending klaim BPJS Kesehatan.

## UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti mengucapkan terima kasih khususnya kepada RSUD Kebayoran Lama dan seluruh petugas yang telah membantu dalam pelaksanaan penelitian ini yaitu memberikan akses data maupun memberikan dukungan penuh.

## DAFTAR REFERENSI

- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. (2020). *Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 6 Tahun 2020 tentang sistem pencegahan kecurangan dalam pelaksanaan program jaminan kesehatan*.
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. (2023). Prosedur BPJS dan klaim BPJS oleh rumah sakit. *Health and Medical Journal*, 5(2), 147–154. <https://doi.org/10.33854/heme.v5i2.1338>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 tentang pedoman pelaksanaan program jaminan kesehatan nasional*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2020). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2020 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit*. <http://bppsdmk.kemkes.go.id/web/filesa/peraturan/119.pdf>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2021). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 26 Tahun 2021 tentang pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam pelaksanaan jaminan kesehatan*.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 tentang rekam medis*.
- Kementerian Sekretariat Negara Republik Indonesia. (2023). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang kesehatan*.
- Maulida, E. S., & Djunawan, A. (2022). Analisis penyebab pending claim berkas BPJS kesehatan pelayanan rawat inap Rumah Sakit Universitas Airlangga. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 21(6), 374–379. <https://doi.org/10.14710/mkmi.21.6.374-379>
- Mulya, S., Sonia, D., Putra, D. H., & Yulia, N. (2024). Analisis pending klaim BPJS kesehatan pasien rawat inap di Rumah Sakit Islam Jakarta Pondok Kopi tahun 2023. *Sehat Rakyat: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 3(3), 140–152. <https://doi.org/10.54259/sehatrakyat.v3i3.3021>

- Noviatri, L. W., & Sugeng. (2016). Analisis faktor penyebab keterlambatan penyerahan klaim BPJS di RS Panti Nugroho. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 1, 1–5. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.27473>
- Oktamianiza, O., Rahmadhani, R., Yulia, Y., Ilahi, V., Putri, K. A., & Juwita, F. S. (2024). Penyebab pending klaim berdasarkan aspek diagnosis dan ketepatan kode diagnosis. *J-REMI: Jurnal Rekam Medik dan Informasi Kesehatan*, 5(4), 282–287. <https://doi.org/10.25047/j-remi.v5i4.4884>
- Pemerintah Republik Indonesia. (2018). Tinjauan faktor penyebab pengembalian klaim BPJS pasien rawat inap di RSKD Duren Sawit Jakarta Timur. *Sehat Rakyat: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 1(4), 387–398. <https://doi.org/10.54259/sehatrakyat.v1i4.1180>
- Pranayuda, B., Haryanti, I., Utomo, Y., & Madiistriyatno, H. (2023). Analisis penyebab pending klaim pasien BPJS kesehatan. *Blantika: Multidisciplinary Journal*, 1(4), 438–446. <https://doi.org/10.57096/blantika.v1i4.44>
- Rabiulyati, M. (2024). Analisis klaim rawat inap RSUD Kebayoran Baru November 2022–April 2023: Pendekatan sistem. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 9(1). <https://doi.org/10.7454/eki.v9i1.1115>
- Wirajaya, M. K. M. (2019). Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidaklengkapan rekam medis pasien pada rumah sakit di Indonesia. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), 165. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v7i2.225>