

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan yang memiliki tanggung jawab menyediakan pelayanan kesehatan secara paripurna, baik rawat jalan, rawat inap, maupun gawat darurat. Dalam pelaksanaannya, rumah sakit tidak terlepas dari aspek pembiayaan, karena seluruh kegiatan pelayanan membutuhkan dukungan dana yang memadai agar keberlangsungan operasional tetap berjalan efektif. Seiring perkembangan sistem jaminan sosial di Indonesia, pembiayaan pelayanan kesehatan kini banyak bersumber dari Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan (Rohimah & Hidayat, 2021).

Program JKN bertujuan untuk menjamin seluruh masyarakat memperoleh akses pelayanan kesehatan yang merata, bermutu, dan berkeadilan. Penyelenggaraannya diatur dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS dan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, yang menegaskan bahwa rumah sakit sebagai Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) wajib melayani peserta JKN dan dapat mengajukan klaim pembayaran kepada BPJS Kesehatan atas layanan yang telah diberikan.

Mekanisme pembayaran JKN menggunakan sistem *Indonesia Case Based Groups (INA-CBG's)*, yang menetapkan tarif paket berdasarkan kelompok diagnosis dan tindakan medis tertentu. Ketepatan pengkodean diagnosis serta kelengkapan berkas rekam medis menjadi komponen utama dalam menentukan besarnya klaim (Hidayat et al., 2021). Kesalahan dalam pengkodean, ketidaksesuaian data, atau kelalaian administratif dapat berakibat pada klaim tertunda (pending) atau tidak layak. Sesuai dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM) dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 Tahun 2023, setiap rumah sakit wajib melaksanakan administrasi klaim secara efisien, akurat, dan tepat waktu. Dalam sistem BPJS Kesehatan, hasil verifikasi klaim dikategorikan menjadi tiga status utama, yaitu layak, tidak layak, dan pending.

Klaim layak artinya klaim telah memenuhi seluruh syarat administratif dan medis sehingga siap dibayarkan. Klaim tidak layak menunjukkan adanya kesalahan signifikan, seperti data tidak sesuai, duplikasi klaim, atau pelanggaran kebijakan tarif (Putri et al., 2022). Klaim pending merupakan kondisi sementara di mana klaim belum dapat dibayarkan karena terdapat kekurangan dokumen, ketidaksesuaian ringan, atau keterlambatan verifikasi. Pending klaim merupakan fenomena yang paling sering terjadi di rumah sakit akibat human *error*, keterlambatan *input* data, dan kelalaian pengunggahan berkas digital pada sistem *e-claim* (Fitria et al., 2023).

Masa berlaku tagihan pending klaim BPJS Kesehatan ditetapkan selama enam (6) bulan, dihitung sejak tanggal pasien dinyatakan pulang dari perawatan di rumah sakit. Dalam jangka waktu tersebut, rumah sakit memiliki kesempatan untuk melakukan pengajuan ulang terhadap klaim yang sebelumnya berstatus pending atau tertunda oleh pihak BPJS. Apabila terdapat pengembalian data klaim dari BPJS kepada rumah sakit karena adanya kekurangan, kesalahan, atau data yang belum lengkap, maka selama masa enam bulan tersebut belum terlampaui, rumah sakit masih memiliki hak penuh untuk memperbaiki dan mengajukan kembali tagihan klaim yang sama untuk diproses ulang.

Namun, jika masa berlaku enam bulan itu telah terlewati, maka sistem BPJS tidak lagi menerima pengajuan ulang atas klaim yang tertunda tersebut. Dengan kata lain, tagihan pending tersebut dianggap hangus atau gugur, dan rumah sakit kehilangan hak untuk mendapatkan pembayaran atas klaim tersebut. Kondisi ini tentu dapat menimbulkan kerugian finansial bagi pihak rumah sakit, karena biaya pelayanan kesehatan yang telah dikeluarkan tidak dapat diganti atau diklaim kepada BPJS. Oleh karena itu, sangat penting bagi rumah sakit untuk memiliki mekanisme pemantauan dan tindak lanjut klaim secara berkala, termasuk pengawasan ketat terhadap batas waktu pengajuan klaim agar tidak terjadi kehilangan hak klaim akibat kelalaian administratif, koding, maupun medis.

Sementara itu, Nuraini & Sulastri (2021) menemukan bahwa pending klaim di rumah sakit daerah juga disebabkan oleh kurangnya pelatihan petugas klaim serta ketidaksinkronan data antara SIMRS dan aplikasi BPJS Kesehatan. Hal serupa juga

terjadi di RSUD Sleman yang menunjukkan bahwa 17% klaim rawat inap BPJS berstatus pending, dengan penyebab dominan yaitu ketidaksesuaian antara resume medis dan *coding INA-CBG's* (Anggraini et al., 2024). Kondisi ini berimplikasi langsung pada keterlambatan pembayaran dan terganggunya arus kas (*cash flow*) rumah sakit. Dampak lanjutannya adalah terhambatnya efisiensi pelayanan serta meningkatnya beban kerja petugas administrasi klaim (Handayani et al., 2022).

Dengan mempertimbangkan hal tersebut, analisis faktor penyebab pending klaim menjadi penting agar rumah sakit, khususnya Rumah Sakit Pusat Pertamina (RSPP) Jakarta Selatan, dapat meningkatkan efisiensi manajemen informasi kesehatan, memperbaiki mekanisme verifikasi klaim, dan memastikan seluruh proses berjalan sesuai regulasi BPJS Kesehatan. Rumah Sakit Pusat Pertamina juga turut menyelenggarakan pelayanan dan pembiayaan melalui program BPJS Kesehatan. Meskipun proses pengajuan klaim telah dilaksanakan sesuai prosedur yang berlaku, dalam praktiknya masih ditemukan beberapa kasus pending klaim. Berikut data pending klaim yang terjadi di Rumah Sakit Pusat Pertamina yang disajikan pada tabel berikut.

Tabel 1. 1 Data Rekapitulasi Berkas Klaim Pending Rumah Sakit Pusat Pertamina Bulan Januari – Juni 2025

Bulan	Berkas Klaim BPJS Rawat Inap		
	Jumlah Berkas	Jumlah Pending	Percentase (%)
Januari	128	23	17,97%
Februari	110	30	27,27%
Maret	121	35	28,93%
April	102	25	24,51%
Mei	123	29	23,58%
Juni	113	21	18,58%
Rata-rata			23,47%

Sumber: Data Sekunder Rumah Sakit Pusat Pertamina

Berdasarkan tabel 1.1, dapat diketahui bahwa jumlah berkas klaim BPJS Kesehatan yang diajukan oleh Rumah Sakit Pusat Pertamina (RSPP) Jakarta Selatan dalam 6 (enam) bulan pertama tahun 2025 mengalami fluktuasi. Total berkas yang diajukan setiap bulan berkisar antara 102 hingga 128 berkas, sementara jumlah klaim yang mengalami status pending bervariasi antara 21 hingga 35 kasus. Bulan Maret mencatat angka tertinggi untuk klaim pending yaitu sebanyak 35 berkas, atau sekitar 28,93% dari total klaim yang diajukan. Hal ini menunjukkan

bahwa hampir sepertiga dari total berkas klaim pada bulan tersebut belum dapat diproses atau disetujui oleh BPJS Kesehatan. Sementara itu, bulan Januari dan Juni menunjukkan tingkat pending klaim yang relatif rendah, masing-masing sebesar 17,97% dan 18,58%, yang menandakan adanya perbaikan dalam kelengkapan dokumen atau peningkatan ketepatan verifikasi klaim. Jadi rata-rata persentase dari pending klaim selama 6 (enam) bulan pertama tahun 2025 adalah 23,47%. Angka ini menunjukkan bahwa sekitar seperempat dari total berkas klaim BPJS setiap bulannya mengalami penundaan proses verifikasi.

Melihat kondisi tersebut, dapat dikatakan bahwa rata-rata persentase dari pending klaim setiap bulannya tidak sesuai dengan target yang ditentukan oleh Rumah Sakit Pusat Pertamina, karena rumah sakit memiliki target jumlah klaim BPJS yang tertunda (pending) agar tidak melebihi 5% dari total berkas pasien rawat inap yang ditagihkan setiap bulan. Target ini dibuat untuk memastikan bahwa proses administrasi klaim berjalan dengan baik dan efisien. Dengan batasan tersebut, pihak rumah sakit berupaya agar setiap berkas klaim yang dikirim ke BPJS sudah lengkap, benar, dan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, sehingga tidak terjadi penundaan dalam proses verifikasi maupun pembayaran klaim.

Penerapan target di bawah 5% ini juga menjadi langkah rumah sakit untuk mengukur kinerja dan kualitas pengelolaan klaim BPJS di lingkungan rumah sakit. Jika klaim yang tertunda jumlahnya kecil, itu menandakan bahwa proses pemeriksaan dokumen dan data pasien sudah dilakukan dengan baik oleh tim administrasi. Namun, jika persentasenya melebihi 5%, hal itu menunjukkan masih adanya kendala seperti dokumen yang belum lengkap, kesalahan pencatatan data, atau kurangnya koordinasi antara bagian *casemix*, rekam medis, keuangan, dan dokter verifikator.

Kecenderungan naik-turunnya persentase pending klaim ini menggambarkan adanya dinamika dalam proses administrasi klaim di rumah sakit. Beberapa faktor yang mungkin berkontribusi antara lain ketidaksesuaian data dalam berkas rekam medis, keterlambatan penginputan informasi pada sistem *e-claim*, serta perbedaan interpretasi dalam pengkodean diagnosis *INA-CBG's*. Fenomena ini juga memperkuat hasil penelitian Anggraini et al. (2024) yang menemukan bahwa klaim

dengan status pending umumnya disebabkan oleh faktor administratif dan ketidaktelitian petugas dalam verifikasi data, bukan semata karena kesalahan medis. Jika kondisi tersebut tidak segera ditangani, maka dapat berdampak terhadap kelancaran arus kas (*cash flow*) rumah sakit, keterlambatan pembayaran jasa pelayanan, serta berpotensi menurunkan efisiensi manajemen klaim BPJS secara keseluruhan (Handayani et al., 2022).

Merujuk pada permasalahan tersebut, maka diperlukan analisis faktor penyebab pending klaim rekam medis rawat inap di Rumah Sakit Pusat Pertamina berdasarkan 3 (tiga) aspek yaitu administrasi, koding, dan medis untuk menggali lebih dalam mengenai faktor penyebab pending klaim. Upaya peningkatan akurasi pengkodean diagnosis, pelatihan petugas administrasi klaim, dan pengawasan internal rutin perlu ditingkatkan agar klaim yang diajukan dapat langsung berstatus layak, sesuai dengan standar pelayanan minimal (Permenkes No. 3 Tahun 2023) dan ketentuan BPJS Kesehatan.

1.2 Tujuan dan Manfaat

1.2.1 Tujuan Umum Magang

Untuk Menganalisis Faktor Penyebab Pending Klaim Berkas Rawat Inap di Rumah Sakit Pusat Pertamina Jakarta Selatan Tahun 2025.

1.2.2 Tujuan Khusus Magang

- a. Menganalisis Faktor Penyebab Pending Klaim Berkas Rawat Inap Berdasarkan Aspek Administrasi
- b. Menganalisis Faktor Penyebab Pending Klaim Berkas Rawat Inap Berdasarkan Aspek Koding
- c. Menganalisis Faktor Penyebab Pending Klaim Berkas Rawat Inap Berdasarkan Aspek Medis

1.2.3 Manfaat Magang

- a. Bagi Mahasiswa

Mahasiswa memperoleh kesempatan langsung untuk mengaplikasikan teori yang telah dipelajari di bangku kuliah ke dalam praktik nyata di lapangan, khususnya dalam kegiatan pengelolaan rekam medis dan

informasi kesehatan di Rumah Sakit Pusat Pertamina. Hal ini juga mendukung peningkatan keterampilan teknis serta pemahaman kerja di dunia profesional.

b. Bagi Politeknik Negeri Jember

Hasil dari kegiatan magang ini dapat digunakan sebagai bahan evaluasi dan pengembangan kurikulum pendidikan, khususnya dalam program studi Manajemen Informasi Kesehatan agar semakin sesuai dengan kebutuhan dunia kerja di fasilitas pelayanan kesehatan.

c. Bagi Rumah Sakit

Kegiatan magang diharapkan memberikan kontribusi positif dalam mendukung upaya peningkatan efektivitas kegiatan pengelolaan klaim pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Pusat Pertamina.

1.3 Lokasi dan Waktu

Kegiatan magang dilaksanakan di Rumah Sakit Pusat Pertamina Jakarta Selatan yang bertempat di jalan Jl. Kyai Maja No. 43, Gunung, Kecamatan Kebayoran Baru, Kota Jakarta Selatan, Daerah Khusus Ibukota Jakarta. Dilaksanakan selama 3 bulan yang terhitung sejak tanggal 25 Agustus hingga 14 November tahun 2025.

1.4 Metode Pelaksanaan

Jenis penelitian pada laporan ini menggunakan deskriptif kuantitatif yaitu untuk mendeskripsikan dan menggambarkan hasil yang diperoleh terkait pending klaim BPJS berkas rawat inap dengan melakukan pengamatan, pencatatan, dan perhitungan persentase terhadap klaim pending pada periode semester pertama, mulai dari bulan Januari - Juni tahun 2025 yang dilihat berdasarkan 3 (tiga) aspek meliputi administrasi, koding, dan medis.

1.4.1 Instrumen Penelitian

a. Pedoman Observasi

Pedoman observasi digunakan untuk memperoleh data faktual melalui pengamatan langsung di lapangan. Observasi dilakukan di Unit *Casemix* dan bagian rekam medis untuk melihat secara nyata bagaimana

proses klaim BPJS dilaksanakan, mulai dari verifikasi berkas, pengkodingan diagnosis, hingga validasi aspek medis.

Lembar observasi yang digunakan berisi beberapa indikator utama yang mencerminkan tahapan penting dalam proses klaim, seperti kelengkapan dokumen administrasi, penggunaan checklist verifikasi, penerapan standar koding ICD, koordinasi antara tim medis dan petugas klaim, serta penerapan sistem digital terintegrasi. Setiap indikator diamati menggunakan skala dikotomis “Ya” atau “Tidak” dengan kolom keterangan yang memuat catatan penting selama pengamatan berlangsung.

b. Pedoman Wawancara

Pedoman wawancara berfungsi untuk memperoleh informasi langsung dari petugas *Casemix* RSPP yang terlibat dalam proses pengajuan dan verifikasi klaim BPJS. Wawancara dilakukan secara semi-terstruktur dengan menggunakan daftar pertanyaan yang telah disusun sebelumnya agar peneliti dapat menggali data secara mendalam namun tetap terarah.

Pertanyaan yang diajukan mencakup berbagai topik, seperti kelengkapan dokumen administrasi, kesesuaian penerapan kode diagnosis dan tindakan berdasarkan panduan ICD-10 dan ICD-9-CM, serta kesesuaian indikasi rawat inap dengan kriteria pembiayaan BPJS. Melalui wawancara ini, peneliti memperoleh gambaran yang lebih jelas mengenai kendala yang sering terjadi, perbedaan persepsi antara petugas koding dan dokter, serta langkah-langkah yang telah dilakukan rumah sakit untuk meminimalisir terjadinya pending klaim.

1.4.2 Teknik Pengumpulan Data

a. Data Primer

Menurut Sugiyono (2014), data primer merupakan data yang diperoleh langsung oleh peneliti dari sumber pertama. Dalam penelitian ini, data primer dikumpulkan melalui data mentah dari observasi dan wawancara dengan petugas yang terlibat langsung dalam proses klaim, yaitu petugas koding rawat inap, petugas administrasi, dokter verifikator internal,

dan penanggung jawab koding di Rumah Sakit Pusat Pertamina (RSPP) Jakarta Selatan.

Data primer ini memberikan gambaran nyata mengenai kendala yang menyebabkan klaim BPJS berstatus pending, seperti keterlambatan *input* data, kekurangan dokumen, dan ketidaksesuaian kode diagnosis dengan resume medis (Sugiyono, 2014).

b. Data Sekunder

Data sekunder, menurut Sugiyono (2014), adalah data yang diperoleh melalui sumber tidak langsung, seperti dokumen atau hasil penelitian terdahulu. Dalam penelitian ini, data sekunder diperoleh dari rekapitulasi pending klaim JKN rawat inap di RSPP, serta dari berbagai literatur seperti jurnal, buku, dan skripsi yang membahas pengelolaan klaim BPJS Kesehatan.

Data sekunder digunakan untuk memperkuat temuan lapangan dan mendukung analisis terhadap kesesuaian proses klaim dengan regulasi BPJS Kesehatan dan Peraturan Menteri Kesehatan No. 3 Tahun 2023 tentang Standar Pelayanan Minimal (SPM).