BAB 1. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan rujukan, rumah sakit bertugas menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. (Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021). Dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan, rumah sakit juga bertanggung jawab terhadap pengelolaan administrasi dan pembiayaan kesehatan. Salah satu bentuk pembiayaan kesehatan pada rumah sakit adalah dengan adanya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan dengan sistem pembayaran yang bersifat prospektif. Melalui bagan tersebut, klaim berfungsi sebagai pengganti biaya perawatan bagi pasien keanggotaan BPJS yang dilakukan oleh rumah sakit kepada pihak Badan Penyelenggara Jaminan Sosial tersebut (Ramadanis dkk. 2024).

Pending klaim merupakan kondisi ketika berkas penagihan biaya pelayanan yang diajukan rumah sakit ditunda pembayarannya atau dikembalikan oleh verifikator BPJS Kesehatan untuk diperbaiki. Status penundaan ini tidak berarti klaim ditolak secara permanen, melainkan menunjukkan adanya kendala administratif yang perlu diselesaikan. Penundaan tersebut umumnya dipicu oleh ketidaklengkapan dokumen pendukung, ketidaksesuaian penentuan kode diagnosis maupun tindakan medis, serta perbedaan persepsi mengenai kriteria klaim antara pihak rumah sakit dan verifikator. Secara operasional, *pending klaim* mencerminkan hambatan dalam proses verifikasi yang mengakibatkan tertundanya pencairan dana pelayanan rumah sakit (Purwanti dan Dhamanti 2026).

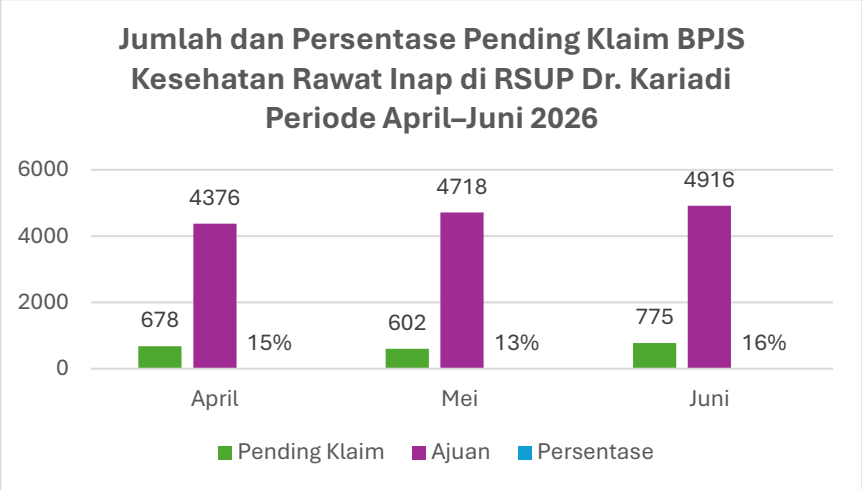
Fenomena pending klaim paling rentan terjadi pada unit pelayanan rawat inap mengingat besarnya klaim pembiayaan dan kompleksitas dokumen administrasi serta tindakan medis yang melibatkannya. Berdasarkan (Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021) tentang pedoman Indonesian Case Base

Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan, periode pelayanan pasien adalah jangka waktu pelayanan yang diperoleh pasien sejak pasien masuk hingga pasien pulang dari rumah sakit, baik pada pelayanan rawat jalan maupun rawat inap. Dalam setiap periode pelayanan pasien, Pengajuan klaim BPJS Kesehatan dapat dilakukan satu kali. Dengan demikian, rumah sakit diberi kesempatan untuk memperbaiki dan melengkapi berkas klaim sebelum proses pembayaran dapat dilanjutkan. Namun, berbagai penelitian menunjukkan dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan masih ditemukan permasalahan yang mengakibatkan pending klaim.

Pelaksanaan pengajuan klaim BPJS Kesehatan RSUP Dr. Kariadi dikelola secara terpusat oleh unit Kendali Mutu dan Kendali Biaya (KMKB), yang mengoordinasikan seluruh proses pengajuan klaim rawat jalan dan rawat inap. Berdasarkan hasil perhitungan berkas ajuan dan berkas pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap periode April-Juni 2026 di RSUP Dr. Kariadi, diperoleh jumlah dan persentase sebagai berikut.

Tabel 1.1 Jumlah dan Persentase Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di RSUP Dr. Kariadi Periode April–Juni 2026

Periode	Pending Klaim	Klaim Diajukan	Persentase
April	678	4.376	15%
Mei	602	4.718	13%
Juni	775	4.916	16%



Gambar 1.1 Jumlah dan Persentase Pending Klaim BPJS Kesehatan Rawat Inap di RSUP Dr. Kariadi Periode April–Juni 2026

Rumus persentase pending klaim= (Jumlah berkas pending klaim ÷ Jumlah berkas klaim diajukan) × 100%

Data pada gambar 1.1 bersumber dari rekapitulasi bulanan klaim rawat inap di Unit Kendali Mutu dan Kendali Biaya (KMKB) RSUP Dr. Kariadi, yaitu rekapitulasi pending klaim dari aplikasi Excel. Data diambil pada tanggal 15 September 2026 dan mencakup periode April-Juni 2026, dengan pengelompokan bulan berdasarkan (awal bulan-akhir bulan). Satuan data adalah jumlah berkas klaim rawat inap pasien. Berkas status pending yang digunakan dalam perhitungan merupakan jumlah pending klaim pertama. Jumlah berkas klaim yang diajukan pada April 2026 sebanyak 4.376 berkas, dengan 678 berkas berstatus pending, klaim yang diajukan pada Mei 2026 sebanyak 4.718 berkas, dengan 602 berkas berstatus pending, klaim yang diajukan pada Juni 2026 sebanyak 4.916 berkas, dengan 775 berkas berstatus pending.

Persentase pending klaim dihitung menggunakan rumus perbandingan antara jumlah berkas pending klaim dengan jumlah total berkas klaim yang diajukan pada periode yang sama, dikali 100%. Jumlah klaim yang diajukan pada tiap bulan digunakan sebagai penyebut *(denominator)* dalam perhitungan ini, karena

mencerminkan total berkas yang diproses pada periode tersebut. Berdasarkan perhitungan tersebut, diperoleh persentase pending klaim sebesar 15% (678 / 4.376 × 100%) pada April, 13% (602 / 4.718 × 100%) pada Mei, dan 16% (775 / 4.916 × 100%) pada Juni.

Persentase tertinggi terjadi pada Juni, yang menunjukkan bahwa berkas pending terhadap jumlah klaim yang diajukan pada bulan tersebut lebih besar dibandingkan April dan Mei. Data ini diperoleh dengan izin resmi dari pihak rumah sakit dan hanya dimanfaatkan untuk kepentingan akademik. Identitas pasien, nilai biaya klaim dan data sensitif lainnya tidak dicatat maupun ditampilkan dalam laporan ini guna menjaga kerahasiaan dan privasi pasien sesuai dengan kaidah etika penelitian.

Berkas klaim yang dikembalikan ke rumah sakit untuk dilakukan revisi dan perbaikan dapat menyebabkan proses klaim menjadi lebih lama, sehingga pencairan dana yang seharusnya diterima rumah sakit tertunda. Kondisi tersebut dapat memengaruhi arus kas *(cash flow)* rumah sakit karena dana yang tertahan belum dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan operasional fasilitas kesehatan secara keseluruhan (Helwinofira dkk. 2026). Secara spesifik dampak pending klaim dapat menimbulkan beberapa dampak sistematis, di antaranya: (1) keterlambatan penyediaan obat-obatan, (2) keterlambatan penyediaan alat medis, (3) terhambatnya kinerja petugas medis, (4) menurunnya kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien (Haq dan Werdani 2025).

Hambatan juga dipengaruhi oleh jumlah peserta yang meningkat, sehingga kapasitas tenaga medis dan infrastruktur yang tersedia tidak cukup menampung jumlah pasien. Selain hambatan pada proses layanan kepada pasien, tekanan pada tenaga medis juga berpengaruh pada kualitas perawatan yang diterima pasien, yaitu waktu tunggu yang lama dan penundaan dalam mendapatkan pelayanan (Octora dkk. 2024).

Terjadinya penundaan klaim pada pelayanan rawat inap dipengaruhi oleh berbagai faktor interkonektif. Berdasarkan pendekatan manajemen (faktor 5M), faktor

sumber daya manusia (*man*) menjadi salah satu penyebab dominan, seperti rendahnya ketelitian petugas pengkodean (*coder*) serta ketidaklengkapan pengisian resume medis dan berkas rekam medis oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) aspek metode dan material (*method & material*), ketidaksesuaian penentuan kode diagnosis maupun tindakan berdasarkan sistem ICD-10 dan ICD-9-CM, ketidaktersediaan dokumen penunjang seperti laporan operasi atau hasil pemeriksaan laboratorium, serta perbedaan persepsi kriteria koding antara pihak verifikator BPJS Kesehatan dengan rumah sakit menjadi penghambat utama. Selain itu, keterbatasan pada aspek sistem dan teknologi (*machine*) berupa gangguan integrasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dengan aplikasi E-Klaim INA-CBG turut memperpanjang durasi penyelesaian *pending klaim* (Bella dkk. 2024).

Penelitian Putri dan Novratilova (2025) menunjukkan faktor penyebab pending klaim meliputi aspek (*Man, Material, Machine, Method,* dan *Money*). Aspek *man* karena kurangnya kompetensi dan keterampilan petugas koding karena kurangnya pelatihan koding, Aspek *material* karena belum optimalnya verifikasi kelengkapan berkas dan akurasi koding diagnosis dan tindakan. Aspek *machine* karena sistem informasi belum sepenuhnya terintegrasi dengan aplikasi klaim. Aspek *method* karena ketiadaan SOP klaim resmi, dan aspek *money* berdampak terhadap keterlambatan pembayaran klaim sehingga berisiko memengaruhi stabilitas keuangan rumah sakit (Putri dan Novratilova 2025). Temuan tersebut menunjukkan bahwa permasalahan pending klaim bersifat kompleks dan saling berkaitan antaraspek (5M) yang berakibat proses ajuan klaim rumah sakit terhambat.

Penelitian Helwinofira dkk. (2026) menjelaskan penyebab utama pending klaim pada klaim BPJS rawat inap berasal dari aspek administratif, kelengkapan resume medis, dan indikasi medis. Tiga faktor utama penyebab pending klaim tersebut meliputi administrasi kurang lengkap (25,09%), diikuti resume medis tidak lengkap (20,57%) dan indikasi rawat inap yang belum sesuai (18,43%). Faktor lain termasuk diagnosa kurang jelas, koding tidak tepat, readmisi, dan indikasi rujuk/pulang yang

tidak sesuai. Secara mendalam, penelitian tersebut juga mengungkapkan bahwa kendala utama dipicu oleh belum optimalnya pelatihan SDM, integrasi modul klaim belum optimal antara sistem RME, SIMRS, dan aplikasi *bridging* BPJS Kesehatan, serta penerapannya yang belum konsisten terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP) di lapangan (Helwinofira dkk. 2026). Berdasarkan penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa penerapan sistem Rekam Medis Elektronik (RME) secara teknis tidak serta-merta menghilangkan risiko pending klaim. Keberhasilan proses ajuan klaim bergantung pada kesiapan kompetensi SDM, kedisiplinan petugas dalam pengisian dokumen rekam medis, terintegrasinya sistem yang optimal, dan kepatuhan SOP.

Penelitian Sendy dkk. (2026) mengenai Penyebab Klaim BPJS Rawat Inap Berstatus Pending di Rumah Sakit Ciremai Kota Cirebon Tahun 2025 menunjukkan bahwa dari total 15.931 pengajuan klaim BPJS Kesehatan rawat inap selama tahun 2025, terdapat 2.205 klaim (13,84%) berstatus pending. Penyebab pending klaim paling dominan berasal dari aspek medis sebesar 49,01%, diikuti aspek koding sebesar 37,38%, dan aspek administrasi sebesar 13,61%. Pada aspek administrasi, indikator penyebab terbanyak adalah ketidaklengkapan dokumen penunjang. Selanjutnya, pada aspek koding, pending klaim paling banyak disebabkan oleh ketidaktepatan kode diagnosis. Terakhir, pada aspek medis yang merupakan kontribusi terbesar, indikator penyebab utamanya berupa ketidaksesuaian penegakan diagnosis dan tindakan medis (Sendy dkk. 2026).

Penelitian Sahir dan Wijayanti (2022) mengenai Faktor Penyebab Pending Claim Ranap JKN dengan Fishbone Diagram di RSUP Dr. Kariadi menunjukkan bahwa faktor penyebab pending klaim, meliputi: faktor *man* terkait ketidaktelitian petugas menyebabkan ketidakakuratan koding, kesalahan input data klaim, ketidaklengkapan informasi pendukung diagnosis dan tindakan pada resume medis. Faktor *machine* berasal dari gangguan sistem aplikasi Jasa Raharja, serta faktor *method* karena perbedaan persepsi petugas koding dan verifikator BPJS Kesehatan terhadap

kaidah koding dan regulasi klaim. Akar penyebab masalah berupa kurangnya waktu penyelesaian klaim, gangguan sistem Jasa Raharja, kurangnya *filter* dalam memenuhi kelengkapan syarat berkas klaim (Sahir dan Wijayanti 2022).

Berbagai penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa kelengkapan berkas rekam medis, ketepatan diagnosis, dan keakuratan kode diagnosis masih menjadi isu yang konsisten ditemukan pada fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia dalam proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Penelitian sebelumnya juga membuktikan adanya hubungan yang signifikan antara ketepatan kode diagnosis dan kelengkapan informasi rekam medis dengan proses klaim BPJS Kesehatan, sehingga kedua aspek tersebut perlu diperhatikan dalam mendukung kelancaran proses klaim.

Meskipun demikian, penelitian-penelitian terdahulu tersebut dilakukan pada konteks yang berbeda dengan RSUP Dr. Kariadi, baik dari segi rumah sakit, periode data, maupun kerangka analisis yang digunakan. Putri dan Novratilova (2025) menelaah penyebab *pending klaim* dengan pendekatan 5M, sedangkan Sendy dkk. (2026) mengelompokkan penyebabnya ke dalam aspek medis, koding, dan administrasi. Selain itu, penyebab yang dominan berbeda antar penelitian, yaitu ketidaklengkapan administrasi pada Helwinofira dkk. (2026) dan aspek medis pada Sendy dkk. (2026), sehingga temuan tersebut belum dapat langsung digeneralisasi pada rumah sakit lain. Berdasarkan literatur yang berhasil ditelusuri, penelitian di RSUP Dr. Kariadi sendiri pernah dilakukan oleh Sahir dan Wijayanti (2022) dengan fishbone diagram, tetapi penelitian tersebut dilakukan pada periode Januari-Juni tahun 2021, berfokus pada klaim rawat inap JKN dengan temuan faktor *man, machine, dan method*, serta belum mencakup aspek *material* dan *money* secara menyeluruh.

Lebih lanjut, terdapat perbedaan kondisi organisasi di RSUP Dr. Kariadi pada awal tahun 2026, unit KMKB berdiri sendiri sebagai unit terpisah dengan unit rekam medis. Perubahan struktur ini berpotensi memengaruhi alur kerja, pembagian tugas, dan koordinasi dalam proses pengajuan klaim, sehingga kondisi pending klaim pada

periode setelah pemisahan unit perlu ditelaah kembali. Dari literatur yang ditelusuri, belum ditemukan kajian yang menganalisis faktor penyebab pending klaim BPJS Kesehatan rawat inap dengan pendekatan 5M di RSUP Dr. Kariadi menggunakan data terbaru, yaitu April–Juni 2026.

Berdasarkan uraian tersebut, kelengkapan rekam medis dan ketepatan kode diagnosis memiliki peran yang sangat penting dalam mendukung proses pengajuan klaim BPJS Kesehatan. Ketidaktepatan diagnosis dan ketidaklengkapan informasi medis berpotensi menyebabkan kesalahan dalam kodefikasi diagnosis, yang tidak hanya berdampak pada ketepatan klaim pembiayaan kesehatan, tetapi juga berpotensi mengakibatkan pengembalian berkas atau *pending klaim*. Di RSUP Dr. Kariadi, persentase *pending klaim* rawat inap pada April–Juni 2026 berkisar antara 13% hingga 16% dengan angka tertinggi pada Juni, sementara dampaknya terhadap arus kas dan mutu pelayanan rumah sakit telah dijelaskan di atas. Oleh karena itu, evaluasi terhadap ketepatan diagnosis, kelengkapan informasi medis, dan keakuratan kode diagnosis perlu dilakukan secara berkelanjutan untuk menghasilkan data kesehatan yang valid, mendukung pengambilan keputusan klinis, serta menekan jumlah berkas *pending klaim* di rumah sakit.

Berdasarkan hal tersebut, peneliti tertarik untuk menganalisis faktor-faktor penyebab terjadinya pending klaim BPJS Kesehatan pada pelayanan rawat inap di RSUP Dr. Kariadi menggunakan metode 5M. Hasil analisis ini diharapkan dapat memberikan gambaran faktor yang menyebabkan berkas klaim dikembalikan untuk dilakukan revisi dan perbaikan *(pending klaim),* serta menjadi bahan evaluasi dalam upaya meningkatkan ketepatan dan kelengkapan pengajuan klaim BPJS Kesehatan bagi RSUP Dr. Kariadi.